

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

TESIS

**MODEL ADAPTASI PASIEN HEMODIALISIS BERBASIS TEORI
MODELING ROLE MODELING DI RSUD PROVINSI NTB**



NURUL BARIYYAH
NIM. 131614153094

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

TESIS

**MODEL ADAPTASI PASIEN HEMODIALISIS BERBASIS TEORI
MODELING ROLE MODELING DI RSUD PROVINSI NTB**



NURUL BARIYYAH
NIM. 131614153094

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

**MODEL ADAPTASI PASIEN HEMODIALISIS BERBASIS TEORI
MODELING ROLE MODELING THEORY DI RSUD PROVINSI NTB**

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Oleh:
Nurul Bariyyah
NIM. 131614153094

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Nurul Bariyyah

NIM : 131614153094

Tanggal : 7 Agustus 2018

Tanda Tangan :



LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

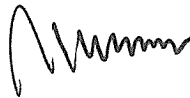
**MODEL ADAPTASI PASIEN HEMODIALISIS BERBASIS TEORI
MODELING ROLE MODELING THEORY DI RSUD PROVINSI NTB**

NURUL BARIYYAH
NIM. 131614153094

Tesis ini telah disetujui
pada tanggal 7 Agustus 2018

Oleh:

Pembimbing Ketua



Dr. H. Kusnanto, S.Kp. M.Kes.
NIP. 19680829 198903 1 002

Pembimbing Kedua



Puji Astuti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.M.B.
NIP. 9907642

Mengetahui,
Koordinator Program Studi



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes.
NIP. 197212172000032001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Nurul Bariyyah
NIM : 131614153094
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul: : Model Adaptasi Pasien Hemodialisis berbasis Teori;
Modeling Role Modeling di RSUD Provinsi NTB

Tesis ini telah diuji dan dinilai

Oleh panitia penguji pada

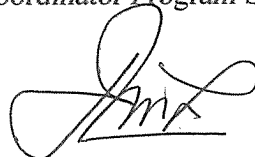
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Pada tanggal 7 Agustus 2018

Panitia Penguji

1. Ketua Penguji : Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes. (.....)
2. Anggota : Dr. H. Kusnanto, S.Kp., M.Kes, (.....)
3. Anggota : Puji Astuti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.M.B. (.....)
4. Anggota : dr. Nunuk Mardiana, Sp.PD.,K-GH.FINASIM(.....)
5. Anggota : Dr. Ir. Rr. Soenarnatalina Melaniani, M.Kes. (.....)

Mengetahui,
Koordinator Program Studi



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes.
NIP. 197212172000032001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya tesis dengan judul “Model Adaptasi Pasien Hemodialisis berbasis Teori *Modeling Role Modeling* di RSUD Provinsi NTB” dapat terselesaikan. Bersama ini perkenankan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya diberikan kepada:

1. Dr. H. Kusnanto, S.Kp., M.Kes, selaku Pembimbing I yang telah membimbing dan memberi pengarahan dalam penyusunan tesis.
2. Puji Astuti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.M.B., selaku Pembimbing II yang telah membimbing dan memberi pengarahan dalam penyusunan tesis.
3. Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons), selaku Dekan yang telah menyediakan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga.
4. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes, selaku Koordinator Prodi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
5. Bapak dan Ibu Dosen beserta staf Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
6. dr. H. Lalu Hamzi Fikri, MM., selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk pelaksanaan penelitian.
7. dr. H. Lalu Herman Mahaputra, M.Kes., selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk pelaksanaan uji validitas reliabilitas instrumen penelitian.
8. Responden dan keluarga yang telah berpartisipasi dalam penelitian

9. Orang tua dan saudara yang telah memberikan doa serta dukungan baik moril maupun materil
10. Teman-teman magister keperawatan angkatan IX yang telah saling memberi semangat dan selalu memberikan saran serta masukan untuk menyelesaikan tesis
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Tesis ini jauh dari kata sempurna, tetapi diharapkan dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 7 Agustus 2018
Penulis

Nurul Bariyyah

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademika Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nurul Bariyyah
NIM : 131614153094
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Non Eksklusif (*Non Eksklusif Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah yang berjudul:

“Model Adaptasi Pasien Hemodialisis berbasis Teori *Modeling Role Modeling* di RSUD Provinsi NTB”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalty Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal : 7 Agustus 2018

Saya menyatakan



(Nurul Bariyyah)

EXECUTIVE SUMMARY
MODEL OF ADAPTATION AT PATIENT HEMODIALYSIS IN
GENERAL HOSPITAL WEST NUSA TENGGARA BARAT

By: Nurul Bariyyah

The quality of life of hemodialysis patients is lower than the general population, indicated by the presence of physical and psychological symptoms. This is closely related to the increased risk of mortality and morbidity. Several studies on sociodemographic, psychological, and clinical factors have been found to be related to the quality of life of hemodialysis patients. Sociodemographic factors such as low social status (lack of education, worse financial situation, and unemployment) are consistently associated with low quality of life. This research combines the concept of Modeling Role Modeling (MRM) and Self Determination theories. Based on the MRM theory, the symptoms experienced by individuals arise due to unmet basic needs. While fulfilling needs will be an asset that will help reduce stress and improve health. Existing symptoms will cause sadness and will disrupt the health status so that it does not make maximum use of its potential so it is important to improve patient adaptation.

The design of this research is explanatory survey with a cross sectional approach, which is done by measuring the independent and dependent variables at one time. The population was 167 hemodialysis patients in NTB Province Regional General Hospital. 115 samples were taken using simple random sampling method and based on the inclusion criteria of productive adult patients (20-55 years), hemodialysis \leq 12 months, stable clinical conditions (full awareness GCS 456), cooperative and able to interact in Indonesian. Exclusion criteria were patients experiencing interdialysis severity (hypotension, hypoglycemia, shortness of breath). The independent variables of the study consisted of self care knowledge (perception of control of perceptions of expectations and perceptions of life satisfaction), internal self care resources (age, length of hemodialysis, coping skills), external self care resources (work status, income, family support) self care action (self autonomy, self competence and connectedness) and the dependent variable is adaptation. Analysis using Partial Least Square.

The results showed that the factors of self care knowledge which consisted of control perception, expectation perception and hope perception had a significant effect on adaptation through self care action. Internal self care resources factors, namely coping skills have a significant effect on the adaptation of hemodialysis patients through self care action. External factors of self care resources namely family support have a significant direct effect on the adaptation of hemodialysis patients. Self care action factors that consist of autonomy, competence, and connectedness have a significant effect on the adaptation of hemodialysis patients.

The nursing model which consists of self care knowledge and self care action has a significant influence on adaptation through self care action of

hemodialysis patients. External self care resources directly influence adaptation. This model can be continued or the second phase of research (testing the effectiveness of the model)

RINGKASAN
MODEL ADAPTASI PASIEN HEMODIALISIS BERBASIS TEORI
***MODELING ROLE MODELING* DI RSUD PROVINSI NTB**

Oleh: Nurul Bariyyah

Kualitas hidup pasien hemodialisis lebih rendah dibandingkan populasi umum, ditunjukkan dengan adanya gejala fisik dan psikologis. Hal ini sangat berkaitan dengan meningkatnya resiko mortalitas dan morbiditas. Beberapa penelitian tentang faktor sosiodemografi, psikologis, dan klinis telah ditemukan terkait dengan kualitas hidup pasien hemodialisis. Faktor sosiodemografi seperti status sosial yang rendah (kurang pendidikan, situasi keuangan lebih buruk, dan pengangguran) secara konsisten dikaitkan dengan rendahnya kualitas hidup. Penelitian ini menggabungkan konsep teori *Modeling Role Modeling* (MRM) dan *Self Determination*. Berdasarkan teori MRM, gejala yang dialami individu timbul karena kebutuhan dasar yang belum terpenuhi. Sementara pemenuhan kebutuhan akan menjadi aset yang akan membantu mengurangi stress dan meningkatkan kesehatan. Gejala yang ada akan menimbulkan kesedihan dan akan mengganggu status kesehatan sehingga tidak memanfaatkan potensi yang dimilikinya secara maksimal sehingga penting untuk meningkatkan adaptasi pasien.

Desain penelitian ini adalah *explanatory survey* dengan pendekatan *cross sectional*, yang dilakukan dengan melakukan pengukuran variabel independen dan dependen dalam satu waktu. Populasi adalah seluruh pasien hemodialisis di RSUD Provinsi NTB sebanyak 167. Sampel sebanyak 115 diambil dengan metode *simple random sampling* dan didasarkan pada kriteria inklusi yaitu pasien dewasa produktif (20-55 tahun), hemodialisis ≤ 12 bulan, kondisi klinis stabil (kesadaran penuh GCS 456), kooperatif dan mampu berinteraksi dalam bahasa Indonesia. Kriteria eksklusi yaitu pasien mengalami kegawatan interdialisis (hipotensi, hipoglikemi, sesak napas). Variabel independen penelitian terdiri dari *self care knowledge* (persepsi kontrol persepsi harapan dan persepsi kepuasan hidup), *self care resources* internal (usia, lama menjalani hemodialisis, keterampilan coping), *self care resources* eksternal (status pekerjaan, pendapatan, dukungan keluarga) *self care action* (otonom diri, kompetensi diri dan keterhubungan) serta variabel dependen yaitu adaptasi. Analisis menggunakan *Partial Least Square*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor *self care knowledge* yang terdiri dari persepsi kontrol, persepsi harapan dan persepsi harapan berpengaruh signifikan terhadap adaptasi melalui *self care action*. Faktor *self care resources* internal yaitu keterampilan coping berpengaruh signifikan terhadap adaptasi pasien hemodialisis melalui *self care action*. Faktor *self care resources* eksternal yaitu dukungan keluarga berpengaruh signifikan langsung terhadap adaptasi pasien hemodialisis. Faktor *self care action* yang terdiri dari otonom, kompetensi, dan keterhubungan berpengaruh signifikan terhadap adaptasi pasien hemodialisis.

Model keperawatan yang terdiri dari *self care knowledge* dan *self care action* memiliki pengaruh signifikan terhadap adaptasi melalui *self care action* pasien hemodialisis. *Self care resources* eksternal berpengaruh langsung terhadap adaptasi. Model ini dapat dilanjutkan atau dilakukan penelitian tahap kedua (menguji efektivitas model).

ABSTRACT

**THE MODEL OF ADAPTATION AT HEMODIALYSIS PATIENT
BASED ON MODELING ROLE MODELING THEORY IN WEST NUSA
TENGGARA PROVINCE REGION HOSPITAL**

By: Nurul Bariyyah

Background: The physical and psychological symptoms experienced by hemodialysis patients are shown in a lower quality of life score compared to other populations and this is strongly associated with an increased risk of mortality and morbidity. The purpose of this study is the validation of model hypotheses that influence the adaptation of hemodialysis patients. **Method:** This study uses a cross sectional design. The population was 167 hemodialysis patients in West Nusa Tenggara Province Regional General Hospital. 115 samples were taken by simple random sampling method. Research variables included self-care knowledge (perception of control of expectation perception, perception of life satisfaction), internal self-care resources (age, length of hemodialysis, coping), external (work status, income, family support) and self care action (autonomous self, competence and connectivity) and adaptation. The analysis uses a structural equation model. **Result:** The results showed that significantly the factors of self-care knowledge (control perception, life expectancy and satisfaction) and internal self-care resources namely coping skills had a significant effect on adaptation through self care action. External self care resources directly influence adaptation. Self care action that is autonomous, competence and connectedness have a significant influence on adaptation. **Conclusion:** GOF (Goodness of Fit) value in this research model is $0.85 > 0.36$ which means that the model of self-care for the adaptation of hemodialysis patients has a prediction either if it continues or next stage research (testing the effectiveness of the model).

Keyword: hemodialysis, self care knowledge, internal self care resources, external, self care action, adaptation

ABSTRAK

**MODEL ADAPTASI PASIEN HEMODIALISIS BERBASIS TEORI
MODELING ROLE MODELING DI RSUD PROVINSI NTB**

Oleh: Nurul Bariyyah

Pendahuluan: Gejala fisik dan psikologis yang dialami pasien hemodialisis ditunjukkan pada skor kualitas hidup yang lebih rendah dibanding populasi lainnya dan hal ini sangat berkaitan dengan meningkatnya resiko mortalitas dan morbiditas. Tujuan dari penelitian ini adalah validasi hipotesis model yang mempengaruhi adaptasi pasien hemodialisis. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*. Populasi adalah seluruh pasien hemodialisis di RSUD Provinsi NTB sebanyak 167. Sampel sebanyak 115 diambil dengan metode *simple random sampling*. Variabel penelitian mencakup *self care knowledge* (persepsi kontrol persepsi harapan, persepsi kepuasan hidup), *self care resources* internal (usia, lama menjalani hemodialisis, koping), eksternal (status pekerjaan, pendapatan, dukungan keluarga) dan *self care action* (otonom diri, kompetensi dan keterhubungan) serta adaptasi. Analisis menggunakan *structural equation model*. **Hasil dan Analisis:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara signifikan faktor *self care knowledge* (persepsi kontrol, harapan dan kepuasan hidup) dan *self care resources* internal yaitu keterampilan koping berpengaruh signifikan terhadap adaptasi melalui *self care action*. *Self care resources* eksternal berpengaruh langsung terhadap adaptasi. *Self care action* yaitu otonom, kompetensi dan keterhubungan memiliki pengaruh signifikan terhadap adaptasi. **Diskusi dan Kesimpulan:** Nilai GOF (*Goodness of Fit*) pada model penelitian ini $0,85 > 0,36$ artinya model perawatan diri terhadap adaptasi pasien hemodialisis memiliki prediksi baik apabila dilanjutkan atau dilakukan penelitian tahap ke 2 (menguji efektivitas model).

Kata kunci: hemodialisis, *self care knowledge*, *self care resources* internal, eksternal, *self care action*, adaptasi

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
HALAMAN PRASYARAT GELAR.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS	v
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI TESIS	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	ix
EXECUTIVE SUMMARY.....	x
RINGKASAN	xii
ABSTRACT	xiv
ABSTRAK	xv
DAFTAR ISI.....	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH.....	xxi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah.....	9
1.3 Rumusan Masalah	10
1.4 Tujuan Penelitian.....	10
1.4.1 Tujuan umum.....	10
1.4.2 Tujuan khusus	10
1.5 Manfaat Penelitian.....	11
1.5.1 Teoritis.....	11
1.5.2 Praktis	11
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 Penyakit Ginjal Tahap Akhir.....	13
2.1.1 Definisi penyakit ginjal tahap akhir.....	13
2.1.2 Tipe penyakit ginjal berdasarkan nilai <i>Glomerular Filtration Rate</i>	13
2.1.3 Manifestasi klinis.....	13
2.1.4 Indikasi hemodialisis	14
2.1.5 Komplikasi hemodialisis	15
2.2 Adaptasi.....	17
2.2.1 Konsep adaptasi	17
2.2.2 Dampak psikologis pasien hemodialisis	20
2.2.3 Metode manajemen psikologis	23
2.3 Perawatan Diri (<i>Self Care</i>)	25
2.4 Teori <i>Modeling Role Modeling</i> (MRM).....	26
2.4.1 Definisi konsep <i>Modeling Role Modeling</i> (MRM).....	26

2.4.2 Definisi konsep mayor	27
2.5 Teori <i>Self Determination</i> (Determinasi Diri)	37
2.2.1 Pengertian	37
2.6 Riset pendukung	40
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	55
3.1 Kerangka Konseptual	55
3.2 Hipotesis Penelitian	57
BAB 4 METODE PENELITIAN	58
4.1 Rancangan Penelitian	58
4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling	58
4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	60
4.3.1 Variabel penelitian	60
4.3.2 Definisi operasional	61
4.4 Instrumen Penelitian	66
4.5 Uji Validitas Reliabilitas	70
4.6 Prosedur Pengumpulan Data	73
4.7 Kerangka Operasional Penelitian	75
4.8 Analisis Data	75
4.9 Lokasi dan Waktu Penelitian	79
4.10 Etika Penelitian	79
BAB 5 HASIL PENELITIAN	82
5.1 Gambaran umum RSUD Provinsi NTB	82
5.2 Deskripsi Variabel Penelitian	84
5.2.1 <i>Self care knowledge</i>	84
5.2.2 <i>Self care resources</i> internal	85
5.2.3 <i>Self care resources</i> eksternal	86
5.2.4 <i>Self care action</i>	87
5.2.5 Adaptasi	88
5.3 Hasil Penelitian Analisis Inferensial	92
5.3.1 Pengujian <i>measurement model</i> (<i>outer model</i>)	92
5.3.2 Pengujian model struktural (<i>inner model</i>)	95
BAB 6 PEMBAHASAN	98
6.1 Pengaruh <i>self care knowledge</i> terhadap <i>self care action</i>	98
6.2 Pengaruh <i>self care resources</i> internal terhadap <i>self care action</i>	99
6.3 Pengaruh <i>self care resources</i> eksternal terhadap adaptasi pasien hemodialisis	101
6.4 Pengaruh <i>self care action</i> terhadap adaptasi pasien hemodialisis	103
6.5 Model Adaptasi pasien hemodialisis	106
6.6 Temuan Penelitian	107
6.7 Keterbatasan Penelitian	107
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	108
7.1 Kesimpulan	108
7.2 Saran	109
DAFTAR PUSTAKA	110
LAMPIRAN	115

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Model <i>holistic person</i>	30
Gambar 2.2	MRM <i>self concept</i>	37
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Perawatan diri terhadap Adaptasi Pasien Hemodialisis di RSUD Provinsi NTB menggunakan pendekatan teori <i>Modeling and Role Modeling</i> dan Determinasi Diri	55
Gambar 4.1	Kerangka Operasional Penelitian Perawatan Diri terhadap Adaptasi Pasien Hemodialisis di RSUD Provinsi NTB tahun 2018	75
Gambar 5.1	<i>Measurement model (outer model)</i>	92
Gambar 5.2	<i>Measurement model (inner model)</i>	95
Gambar 6.1	Temuan Penelitian	107

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tahapan penyakit ginjal	13
Tabel 2.2	Komplikasi akut hemodialisis	16
Tabel 2.3	Riset pendukung tentang model perawatan diri terhadap adaptasi pasien hemodialisis	40
Tabel 4.1	Definisi operasional model perawatan diri terhadap adaptasi pasien hemodialisis di RSUD Provinsi NTB tahun 2018	61
Tabel 4.2	<i>Blueprint</i> variabel persepsi kontrol	66
Tabel 4.3	<i>Blueprint</i> variabel persepsi harapan	67
Tabel 4.4	<i>Blueprint</i> variabel dukungan keluarga	69
Tabel 4.5	<i>Blueprint</i> variabel <i>self care action</i>	69
Tabel 4.6	Hasil uji reliabilitas kuesioner penelitian	73
Tabel 5.1	Distribusi frekuensi self care knowledge responden di RSUD Provinsi NTB bulan Juni-Juli 2018	84
Tabel 5.2	Distribusi frekuensi self care resources internal responden di RSUD Provinsi NTB bulan Juni-Juli 2018	85
Tabel 5.3	Distribusi frekuensi self care resources eksternal responden di RSUD Provinsi NTB bulan Juni-Juli 2018	86
Tabel 5.4	Distribusi frekuensi self care action responden di RSUD Provinsi NTB bulan Juni-Juli 2018	87
Tabel 5.5	Distribusi frekuensi adaptasi responden di RSUD Provinsi NTB pada bulan Juni-Juli 2018	88
Tabel 5.6	Tabulasi silang seluruh variabel dan adaptasi responden di RSUD Provinsi NTB pada bulan Juni-Juli 2018	89
Tabel 5.7	Perhitungan measurement model (outer model) pada Model adaptasi pasien hemodialisis di RSUD Provinsi NTB	93
Tabel 5.8	Perhitungan measurement model (outer model) tahap 2 pada Model adaptasi pasien hemodialisis di RSUD Provinsi NTB	94
Tabel 5.9	Hasil perhitungan uji t pada model adaptasi pasien hemodialisis di RSUD Provinsi NTB	96

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Penjelasan.....	115
Lampiran 2 Lembar <i>informed consent</i>	117
Lampiran 3 Kuesioner.....	119
Lampiran 4 Bukti Perizinan Kuesioner.....	126
Lampiran 5 Surat Permohonan Data Awal	127
Lampiran 6 Lembar Etik Penelitian	128
Lampiran 7 Surat Uji Validitas Reliabilitas	129
Lampiran 8 Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian.....	131
Lampiran 9 Surat Ijin Penelitian	132

DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

AVE	: <i>Average variance extracted</i>
BNSG-S	: <i>Basic Need Satisfaction General Scale</i>
BUN	: <i>Blood Urea Nitrogen</i>
Dinkes	: Dinas Kesehatan
EKG	: Elektrokardiografi
ESRD	: <i>End Stage Renal Disease</i>
<i>et al.</i>	: <i>et alia</i>
GAS	: <i>General Adaptation Syndrome</i>
GFR	: <i>Glomerular Filtration Rate</i>
HD	: Hemodialisis
HHI	: <i>Herth Hope Index</i>
HRQOL	: <i>Health-related Quality of Life</i>
IRR	: <i>Indonesian Renal Registry</i>
K	: Kalium
Litbang	: Penelitian dan pengembangan
Na	: Natrium
NCRCS	: <i>Nursing Consortium on Chronic Sorrow</i>
NICE	: National Institute for Health and Care Excellence
NTB	: Nusa Tenggara Barat
pH	: Derajat keasamaan
PLS	: <i>Partial Least Square</i>
Q2	: Relevansi prediksi
RCT	: <i>Randomized Control Trial</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
UMP	: Upah Minimum Provinsi
SEM	: <i>Structural Equation Modelling</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit ginjal kronik atau penyakit ginjal tahap akhir (*End Stage Renal Disease/ESRD*) adalah penyakit penurunan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat lagi pulih atau kembali sembuh secara total seperti sediakala (*irreversible*) (Yilmaz *et al.* 2016) dan sering menyebabkan gejala dan defisiensi serta mengalami keterbatasan fisik dan psikologis yang membutuhkan perawatan khusus dan kontrol jangka panjang (Vicdan dan Karabacak 2016). Kondisi individu dengan ESRD membutuhkan dialisis.

Terapi dialisis mempengaruhi kebutuhan fisiologis dan psikologis yaitu status fungsional dan kualitas hidup pasien penyakit ginjal tahap akhir yang berdampak pada kehidupan sehari-hari (Onofrio *et al.* 2016). Beberapa penelitian yang terkait dengan adaptasi fisik pasien dengan penyakit ginjal misalnya pada penelitian Onofrio *et al.* (2016) dan Barberis *et al.* (2017) melaporkan sebagian besar pasien (94%) mengalami kelemahan, 78% mengalami gangguan tidur, 92% memiliki kekhawatiran tentang kemungkinan komplikasi dan 84,5% tidak bisa bekerja seperti sebelumnya, 74% di antaranya merasa frustrasi dengan ketergantungan mereka. Sebagian besar merasa kurang berminat untuk hidup (68%), mudah kesal (68%) dan merasa ditolak karena keterbatasan fisik (66%), kegelisahan, kecemasan dan depresi (Hudson *et al.* 2016; Valsaraj, Bhat dan Latha 2016). Penelitian Wan *et al.* (2015) yang mengukur kualitas hidup pasien hemodialisis

menyebutkan bahwa dibandingkan populasi umum, adanya gejala fisik dan psikologis yang ditunjukkan pada skor kualitas hidup yang lebih rendah dan hal ini sangat berkaitan dengan meningkatnya resiko mortalitas dan morbiditas. Penelitian yang terkait dengan adaptasi psikologis pasien dengan penyakit ginjal misalnya pada penelitian Urquhart-secord *et al.* (2016) melaporkan tingginya tingkat kecemasan dan depresi dibandingkan populasi umum, meskipun terdapat respon yang bervariasi, gejala psikologis merupakan prediktor terhadap kondisi penyakit ginjal tahap akhir.

Banyaknya daftar pasien dengan penyakit ginjal disebutkan pada Data Epidemiologi *Global Burden of Disease* pada tahun 1980 hingga 2010 dalam penelitian Thomas *et al.* (2015) menunjukkan bahwa pasien yang menjalani dialisis kronis di seluruh dunia berkembang pesat dalam beberapa decade terakhir dengan perkiraan peningkatan prevalensi global mencapai 1,7 kali dan insiden 2,1 kali, namun penyakit ginjal tidak termasuk dalam daftar penyakit yang ditargetkan oleh PBB untuk pengurangan sebesar 25% pada tahun 2025.

Jumlah pasien baru di Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun dan jumlah pasien yang aktif menjalani hemodialisis (HD) sebanyak 30554 pada tahun 2015 dengan mayoritas ESRD sebesar 89% dan etiologi hipertensi sebesar 44%, mayoritas laki-laki berusia rentang 45 hingga 64 tahun, sedangkan dilihat dari ketahanan hidup, data *Indonesian Renal Registry/IRR* (2015) menunjukkan peluang bertahan hidup pasien hemodialisis selama satu bulan sebesar 85% dan satu tahun sebesar 43%. Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) memiliki angka yang cukup tinggi berkaitan dengan pasien penyakit ginjal. Berdasarkan data

pasien baru di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi (RSUDP) NTB periode Januari hingga Oktober 2017 sebanyak 167 orang (Rekam medik RSUDP 2017).

Kualitas hidup berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan dasar. Berdasarkan teori Maslow terdapat lima kebutuhan dasar fisik yaitu oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat serta tempat berteduh. Beberapa penelitian tentang faktor sosiodemografi, psikologis, dan klinis telah ditemukan terkait dengan kualitas hidup pasien HD. Faktor sosiodemografi seperti status sosial yang rendah (kurang pendidikan, situasi keuangan lebih buruk, dan pengangguran) secara konsisten dikaitkan dengan rendahnya kualitas hidup. Hal ini didukung pada penelitian Onofrio *et al.* (2016) menyebutkan sebanyak 84,5% pasien hemodialisis tidak bekerja dan hal ini memiliki pengaruh pada kesehatan mentalnya. Faktor psikologis pasien, seperti tingkat depresi atau kecemasan yang tinggi juga dikaitkan dengan skor kualitas hidup yang rendah. Selain itu, faktor klinis seperti lama menjalani dialisis secara substansial mempengaruhi kualitas hidup pada pasien HD (Onofrio *et al.* 2016; Chen *et al.* 2017).

Persepsi kontrol, harapan dan kepuasan hidup juga mempengaruhi adaptasi pasien (Hertz 2002), seperti pada penelitian Howren *et al.* (2016) tentang persepsi kontrol pada pasien dengan penyakit ginjal kronis menunjukkan bahwa persepsi kontrol yang tinggi menunjukkan tingkat kepatuhan tinggi terhadap pengobatan. Harapan juga merupakan faktor signifikan yang mempengaruhi perilaku manajemen diri pada pasien hemodialisis (Cha 2017). Penelitian Bennett *et al.* (2015) tentang kepuasan hidup pada pasien hemodialisis menunjukkan bahwa

kesejahteraan subjektif merupakan indikator utama dalam kualitas hidup seseorang.

Faktor keterampilan coping dan dukungan keluarga dapat meningkatkan kesehatan (Hertz 2002). Pada penelitian Niihata *et al.* (2017) keterampilan coping berhubungan dengan lama hidup yang lebih panjang dan juga perbaikan pada fungsi fisik dan kesehatan mental. Dukungan sosial pada penelitian Cha (2017) merupakan faktor yang memiliki pengaruh pada manajemen diri pasien hemodialisis. Berdasarkan penelitian di atas, sangat penting dilakukan intervensi.

Keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan berperan penting dalam memberikan asuhan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien sesegera mungkin pada pasien hemodialisis. Teori keperawatan yang tepat dalam hal ini adalah teori *Modeling and Role Modeling* (MRM) yang dikembangkan oleh Erickson pada tahun 1983. Erickson menggambarkan keperawatan sebagai suatu proses interaksi yang memelihara kekuatan pasien untuk pertumbuhan dan memobilisasi sumber daya untuk tujuan pencapaian kesehatan yang optimal yaitu mengatasi keadaan seseorang dan lingkungan serta mengatur respon-respon terhadap stressor dalam *self care* (Peterson & Bredow 2013).

Berdasarkan teori MRM, gejala yang dialami individu timbul karena kebutuhan dasar yang belum terpenuhi. Sementara pemenuhan kebutuhan akan menjadi aset yang akan membantu mengurangi stress dan meningkatkan kesehatan (Chen *et al.* 2017). Gejala yang ada akan menimbulkan kesedihan dan akan mengganggu status kesehatan sehingga tidak memanfaatkan potensi yang

dimilikinya secara maksimal sehingga penting untuk meningkatkan adaptasi pasien.

Teori MRM menyatakan bahwa kesehatan merupakan keadaan ekuilibrium di antara subsistem secara holistik, selain itu juga tidak hanya didefinisikan dengan tidak adanya penyakit, melainkan persepsi klien, fisik, dan kesejahteraan sosial. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dalam menangani adaptasi pasien hemodialisis melalui proses interaktif, interpersonal dan memanfaatkan sumber daya yang dimiliki dalam menghadapi stressor (Erickson *et al.* 1983; dalam Peterson & Bredow 2013). Variabel utama yang mempengaruhi perilaku perawatan diri dikelompokkan menjadi dua yaitu pengetahuan perawatan diri (*self care knowledge*) dan *self care resources* (sumber perawatan diri) internal dan eksternal.

Tindakan perawatan diri (*self care action*) adalah kerangka konseptual yang terkait dengan kemampuan seseorang untuk bertindak secara otonom. Konsep *self care action* dinyatakan bahwa individu memanfaatkan *self care knowledge* dan *self care resource* untuk bertindak atas kehendak sendiri disesuaikan dengan kebutuhan dan keinginan individu. *Self care action* didasarkan pada kebutuhan yang dirasakan yang dapat berbeda antara individu tergantung pada keadaan, mencakup perilaku independen dan dependen, dan mempengaruhi kesehatan holistik, baik fisik dan psikologis, sehingga potensi individu untuk memanfaatkan sumber dan mencapai status koping secara langsung berhubungan dengan kepuasan akan pemenuhan kebutuhannya.

Teori *Self Determination* menjelaskan pentingnya pengalaman dan motivasi seseorang, dan menentukan adanya tiga kebutuhan psikologis dasar (kemandirian, kompetensi, dan keterkaitan) yang harus dipenuhi untuk menjaga kesejahteraan psikologis (*psychological wellbeing*). Teori ini menyatakan bahwa proses di mana seseorang memperoleh motivasi untuk memulai perilaku baru dan mempertahankan perilaku sepanjang waktu sangat penting. Hal ini berarti bahwa mengembangkan persepsi kemandirian dan kompetensi cukup penting bagi proses internalisasi dan integrasi, di mana seseorang mengatur dan mempertahankan perilaku yang kondusif bagi kesehatan dan kesejahteraan.

Teori *Self Determination* memandang keterhubungan (*relatedness*) sama pentingnya dengan internalisasi. Individu cenderung mengadopsi nilai dan perilaku yang dipromosikan oleh orang-orang yang merasa terhubung dan dipercaya. Kemandirian mengacu pada perasaan bahwa seseorang adalah pencetus perilaku sendiri, dan hasil yang ditentukan sendiri atau disebabkan sendiri, dibandingkan dengan dipengaruhi atau dikendalikan oleh kekuatan luar. Kompetensi mengacu pada perasaan efektif dan mampu melakukan tugas pada berbagai tingkat kesulitan. Keterhubungan mengacu pada perasaan terhubung, didukung dan diperhatikan oleh orang lain.

Menurut teori *Self Determination*, keberhasilan pemenuhan perilaku yang diinginkan terjadi ketika individu memandang perilaku sebagai motivasi diri, bukan karena tekanan atau pemaksaan oleh orang lain. Aplikasi teori ini dalam manajemen perawatan dan kesehatan menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat kemandirian, kompetensi, dan keterkaitan pasien di tempat perawatan kesehatan,

semakin besar kemungkinan internalisasi dalam perilaku kesehatan dan perubahan perilaku dipertahankan. Chen *et al.* (2017) juga menunjukkan bahwa kemandirian, kompetensi, dan keterkaitan dikaitkan dengan peningkatan kesehatan mental yaitu depresi yang rendah, kecemasan yang rendah, dan kualitas hidup yang lebih tinggi, perilaku yang kondusif bagi kesehatan, dan kesehatan fisik yang lebih baik.

Kebanyakan individu menilai otonomi pribadi dan berpikir bahwa lebih baik menjadi pribadi diri sendiri dan membentuk kehidupan diri sendiri daripada hidup di bawah kendali orang lain. Namun, ketika mengalami suatu penyakit, kecacatan, atau gangguan, kesejahteraan mungkin akan terpengaruh, terutama otonomi personal. *Self care action* dikaitkan dengan kesejahteraan psikologis dan memperbaiki perilaku kesehatan dalam berbagai konteks termasuk di rangkaian layanan kesehatan. Teori *Self Determination* menekankan pentingnya otonomi bagi kesejahteraan individu. Meskipun pasien HD dapat mengontrol kehidupannya, mereka merasakan hilangnya otonomi dan kontrol jika mereka tidak dapat bergerak dengan bebas atau membuat keputusan untuk diri mereka sendiri selama menjalani hemodialisis. Otonomi pasien terkadang bertentangan dengan pandangan tenaga kesehatan tentang hal yang terbaik bagi pasien. Pasien terkadang lebih memilih kondisi medis yang kurang optimal atau bahkan memilih untuk menghentikan dialisis dengan imbalan kebebasan atau kontrol yang lebih besar atas aspek kehidupan sehari-hari mereka.

Pengalaman pasien tentang otonomi, kompetensi, dan keterkaitan pada teori *Self Determination* dipengaruhi oleh iklim perawatan kesehatan yang mendukung otonomi, perbedaan kepribadian mengenai otonomi, dan sifat intrinsik dan

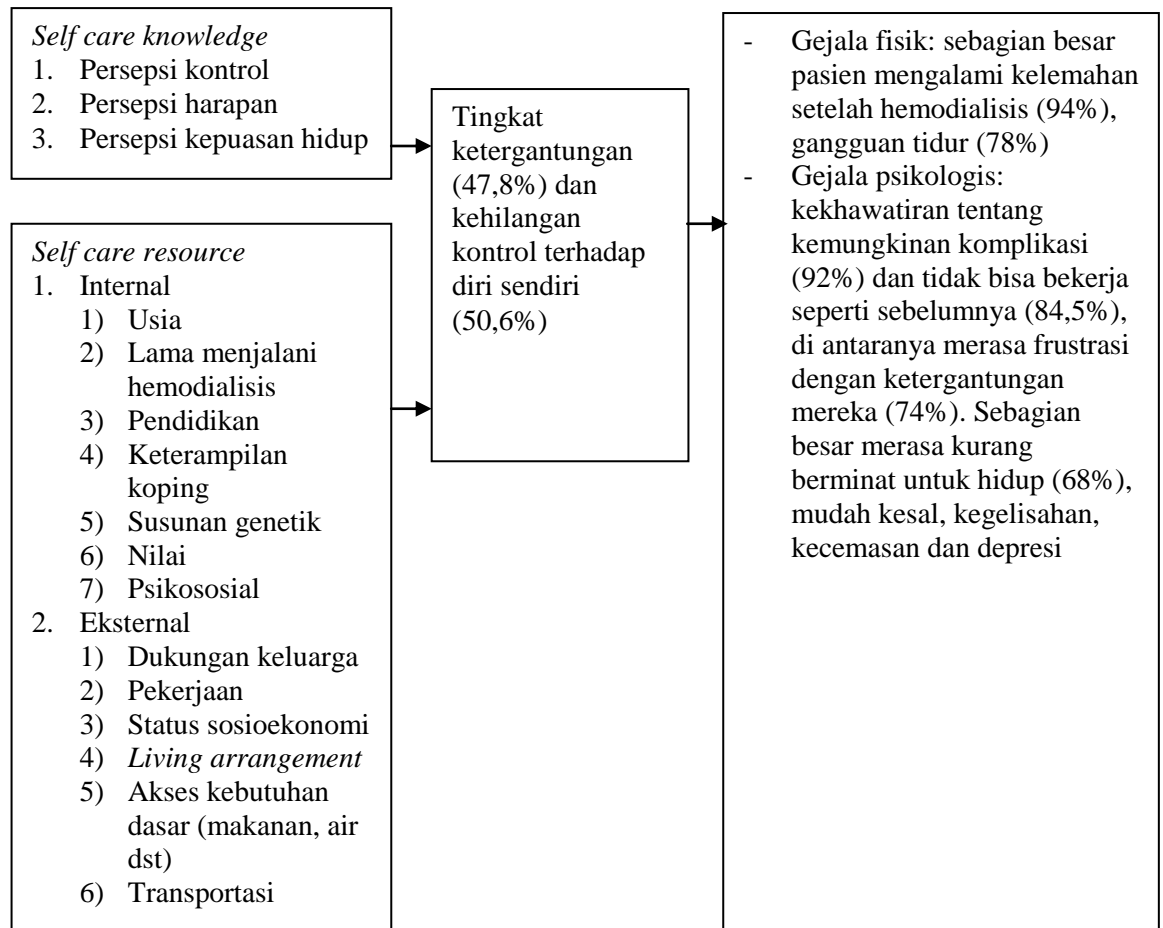
ekstrinsik aspirasi atau usaha pasien. Selain tujuan jangka panjang untuk meningkatkan adaptasi pasien melalui kesehatan fisik dan mental, menghormati otonomi pasien telah menjadi tujuan baru bagi tenaga kesehatan dalam manajemen perawatan dan promosi kesehatan.

Berdasarkan teori *Self Determination*, temuan penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa persepsi pasien tentang dukungan perawat untuk otonomi mereka berkaitan dengan persepsi kompetensi dan kepatuhan pengobatan, sehingga dapat meningkatkan pengendalian terhadap penyakit yang dialami. Pengambilan keputusan bersama dilakukan untuk mencapai tujuan kesehatan sesuai yang diharapkan pasien dan meningkatkan persepsi kontrol dalam pengelolaan penyakit dapat berdampak positif pada adaptasi pasien.

Beberapa penelitian tersebut tampak bahwa secara parsial (sendiri-sendiri) persepsi kontrol harapan, kepuasan hidup, usia, lama menjalani hemodialisis, pendidikan, keterampilan coping, dukungan keluarga, status pekerjaan dan tingkat pendapatan memiliki pengaruh terhadap adaptasi. Hal itu menunjukkan adanya peluang pengaruh secara simultan terhadap adaptasi.

Pentingnya pemahaman yang lebih baik tentang kekuatan dan sumber daya yang dimiliki pasien sangat penting untuk pemeliharaan dan peningkatan kesehatan pasien sehingga sangat penting untuk dilakukan penelitian ini dalam mengevaluasi kekuatan dan sumber daya perawatan diri yang dapat mempengaruhi adaptasi pasien dalam menjalani hemodialisis.

1.2 Kajian Masalah



Berdasarkan teori *Modeling Role Modeling* (MRM), gejala yang dialami individu timbul karena kebutuhan dasar yang belum terpenuhi (bertindak atas kehendak diri sendiri dalam memanfaatkan pengetahuan dan sumber kekuatan). Sementara kebutuhan akan kepuasan akan menjadi aset yang akan membantu mengurangi stress dan meningkatkan kesehatan (Chen *et al.* 2017). Gejala yang ada akan menimbulkan kesedihan dan akan mengganggu status kesehatan sehingga tidak memanfaatkan potensi yang dimilikinya secara maksimal. Variabel utama yang mempengaruhi perilaku perawatan diri dikelompokkan menjadi dua yaitu sumber kekuatan (*self care knowledge* dan *self care resources* (internal dan eksternal).

Berdasarkan data Hudson *et al.* (2016) dan Valsaraj *et al.* (2016) didapatkan sebagian besar pasien (94%) mengalami kelemahan setelah hemodialisis, gangguan tidur (78%), memiliki kekhawatiran tentang kemungkinan komplikasi (92%) dan 84,5% tidak bisa bekerja seperti sebelumnya, 74% di antaranya merasa frustrasi dengan ketergantungan mereka. Sebagian besar merasa kurang berminat untuk hidup (68%), mudah kesal (68%) dan merasa ditolak karena keterbatasan fisik (66%), kegelisahan, kecemasan dan depresi. Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik ingin melakukan penelitian tentang pengaruh perawatan diri terhadap adaptasi berbasis teori *Modeling Role Modeling* (MRM). Penelitian ini akan melakukan identifikasi dari *self care knowledge* meliputi persepsi kontrol, harapan dan kepuasan hidup, *self care resources* meliputi internal (usia, lama menjalani hemodialisis, pendidikan dan keterampilan koping) dan eksternal (status pekerjaan, tingkat pendapatan dan dukungan keluarga), serta *self care action* dan adaptasi.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana model adaptasi pasien hemodialisis di RSUD Provinsi NTB?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menjelaskan model adaptasi pada pasien hemodialisis

1.4.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian sebagai berikut.

- 1) Menganalisis pengaruh *self care knowledge* terhadap *self care action*

- 2) Menganalisis pengaruh *self care resources* internal terhadap *self care action*
- 3) Menganalisis pengaruh *self care resources* eksternal terhadap *self care action*
- 4) Menganalisis pengaruh *self care knowledge* terhadap adaptasi
- 5) Menganalisis pengaruh *self care resources* internal terhadap adaptasi
- 6) Menganalisis pengaruh *self care resources* eksternal terhadap adaptasi
- 7) Menganalisis pengaruh *self care action* terhadap adaptasi

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Teoritis

Hasil perumusan model berbasis teori *Modeling Role Modeling* dan *Self Determination* sebagai kerangka pemikiran dapat menambah informasi tentang perawatan diri terhadap adaptasi pasien hemodialisis. Hasil penelitian juga diharapkan dapat memberikan model struktural faktor perawatan diri pasien hemodialisis dalam bentuk modul untuk meningkatkan kualitas hidup pasien hemodialisis.

1.5.2 Praktis

Manfaat praktis yang diharapkan sebagai berikut.

1. Hasil penelitian diharapkan mampu menjadi bahan pertimbangan bagi perawat dalam penyusunan strategi untuk meningkatkan perilaku pasien dalam peningkatan adaptasi pasien hemodialisis

2. Melalui penelitian ini dapat mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi adaptasi
3. Hasil penelitian dapat dijadikan masukan dan contoh terhadap program peningkatan adaptasi pasien hemodialisis di Rumah Sakit
4. Hasil penelitian dapat dijadikan masukan untuk kembali menilik kebijakan terhadap program peningkatan adaptasi yang ada
5. Penelitian ini dapat dijadikan dasar pengembangan penelitian selanjutnya mengenai intervensi tepat yang dapat diberikan untuk meningkatkan adaptasi pasien hemodialisis

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Ginjal Tahap Akhir

2.1.1 Definisi penyakit ginjal tahap akhir

Penyakit ginjal merupakan penyakit kronis progresif yang menghasilkan gejala spesifik sesuai perkembangannya. Nefrologis menggunakan system klasifikasi standar untuk menggambarkan gejala umum dan stadium (National Kidney Foundation 2017).

2.1.2 Tipe penyakit ginjal berdasarkan nilai *Glomerular Filtration Rate*

Tabel 2.1 Tahapan penyakit ginjal berdasar *Glomerular Filtration Rate*

Tahap	Deskripsi	<i>Glomerular Filtration Rate</i> (GFR)
1	Kerusakan ginjal (mis. Ada protein dalam urin) dengan GFR normal	90 ke atas
2	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR ringan	60 hingga 89
3a	Penurunan GFR sedang	45 hingga 59
3b	Penurunan GFR sedang	30 hingga 44
4	Penurunan GFR berat	15 hingga 29
5	Penyakit ginjal tahap akhir	Kurang dari 15

(National Kidney Foundation 2017)

2.1.3 Manifestasi klinis

Pada gagal ginjal kronis setiap sistem tubuh dipengaruhi oleh kondisi uremia, oleh karena itu pasien akan memperlihatkan sejumlah tanda dan gejala. Keparahan tanda dan gejala tergantung pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari adalah usia pasien. Berikut merupakan tanda dan gejala gagal ginjal kronis (Brunner & Suddarth, 2001)

- a. Kardiovaskuler yaitu yang ditandai dengan adanya hipertensi, pitting edema (kaki, tangan, sacrum), edema periorbital, friction rub pericardial, serta pembesaran vena leher
- b. Integumen yaitu yang ditandai dengan warna kulit abu-abu mengkilat, kulit kering dan bersisik, pruritus, ekimosis, kuku tipis dan rapuh serta rambut tipis dan kasar
- c. Pulmoner yaitu yang ditandai dengan krekeis, sputum kental dan liat, napas dangkal seta pernapasan kussmaul
- d. Gastrointestinal yaitu yang ditandai dengan napas berbau ammonia, ulserasi dan perdarahan pada mulut, anoreksia, mual dan muntah, konstipasi dan diare, serta perdarahan dari saluran GI
- e. Neurologi yaitu yang ditandai dengan kelemahan dan keletihan, konfusi, disorientasi, kejang, kelemahan pada tungkai, rasa panas pada telapak kaki, serta perubahan perilaku
- f. Muskuloskeletal yaitu yang ditandai dengan kram otot, kekuatan otot hilang, fraktur tulang serta *foot drop*
- g. Reproduksi yaitu yang ditandai dengan amenore dan atrofi testikuler.

2.1.4 Indikasi hemodialisis

Indikasi hemodialisis dibedakan menjadi 2 yaitu hemodialisis emergensi atau hemodialisis segera dan hemodialisis kronik. Keadaan akut tindakan dialisis dilakukan pada kegawatan ginjal dengan keadaan klinis uremik berat, overhidrasi, oliguria (produksi urine <200 ml/12 jam), anuria

(produksi urine <50 ml/12 jam), hiperkalemia (terutama jika terjadi perubahan EKG, biasanya $K >6,5$ mmol/l), asidosis berat (PH $<7,1$ atau bikarbonat <12 meq/l), uremia (BUN >150 mg/dL), ensefalopati uremik, neuropati/miopati uremik, pericarditis uremik, disnatremia berat ($Na >160$ atau 115 mmol/l), hipertermia, keracunan akut (alkohol, obat-obatan) yang bisa melewati membran dialisis (Daugirdas *et al.* 2007).

Indikasi hemodialisis kronis adalah hemodialisis yang dilakukan berkelanjutan seumur hidup penderita dengan menggunakan mesin hemodialisis, dialisis dimulai jika GFR <15 ml/mnt, keadaan pasien yang mempunyai GFR <15 ml/mnt tidak selalu sama, sehingga dialisis dianggap baru perlu dimulai jika dijumpai salah satu dari berikut ini (Daugirdas *et al.* 2007):

1. GFR <15 ml/mnt, tergantung gejala klinis
2. Gejala uremia meliputi: lethargi, anoreksia, nausea dan muntah,
3. Adanya malnutrisi atau hilangnya massa otot
4. Hipertensi yang sulit dikontrol dan adanya kelebihan cairan
5. Komplikasi metabolik yang refrakter

2.1.5 Komplikasi hemodialisis

Pasien hemodialisis dapat mengalami komplikasi akut dan kronis sebagai berikut.

1. Komplikasi akut

Komplikasi akut hemodialisis adalah komplikasi yang terjadi selama hemodialisis berlangsung. Komplikasi yang sering terjadi diantaranya adalah hipotensi, kram otot, mual dan muntah, sakit kepala, sakit dada, sakit punggung, gatal, demam, dan menggigil (Hornblower 2015).

Tabel 2.2 Komplikasi akut hemodialisis

Komplikasi	Penyebab
Hipotensi	Penarikan cairan yang berlebihan, terapi antihipertensi, infark jantung, tamponade, reaksi anafilaksis
Hipertensi	Kelebihan natrium dan air, ultrafiltrasi yang tidak adekuat
Reaksi Alergi	Reaksi alergi, dialiser, tabung, heparin, besi, lateks
Aritmia	Gangguan elektrolit, perpindahan cairan yang terlalu cepat, obat antiaritmia yang terdialisis
Kram Otot	Ultrafiltrasi terlalu cepat, gangguan elektrolit
Emboli Udara	Udara memasuki sirkuit darah
Dialisis disequilibrium	Perpindahan osmosis antara intrasel dan ekstrasel menyebabkan sel menjadi bengkak, edema serebral. Penurunan konsentrasi urea plasma yang terlalu cepat
Masalah pada dialisat	
Chlorine	Hemolisis oleh karena menurunnya kolom charcoal
Kontaminasi Fluoride	Gatal, gangguan gastrointestinal, sinkop, tetanus, gejala neurologi, aritmia
Kontaminasi bakteri/Endotoksin	Demam, menggigil, hipotensi oleh karena kontaminasi dari dialisat maupun sirkuit air

(Faizzah 2017)

2. Komplikasi kronis

Komplikasi kronik yang terjadi pada pasien hemodialisis yaitu penyakit jantung, malnutrisi, hipertensi/*volume excess*, anemia, renal osteodistrofi, neuropati, disfungsi reproduksi, komplikasi pada akses, gangguan perdarahan, infeksi, amiloidosis, dan *Acquired cystic kidney*

disease (Bieber & Himmelfarb 2013 dalam Faizzah 2017). Gangguan pada fungsi tubuh pasien hemodialisis, menyebabkan pasien harus melakukan penyesuaian diri secara terus menerus selama sisa hidupnya. Bagi pasien hemodialisis, penyesuaian ini mencakup keterbatasan dalam memanfaatkan kemampuan fisik dan motorik, penyesuaian terhadap perubahan fisik dan pola hidup, ketergantungan secara fisik dan ekonomi pada orang lain serta ketergantungan pada mesin dialisa selama sisa hidup dan adanya perubahan dalam kehidupan merupakan salah satu pemicu terjadinya depresi (Faizzah 2017).

2.2 Adaptasi

2.2.1 Konsep adaptasi

Adaptasi atau penyesuaian diri merupakan suatu usaha atau perilaku bertujuan untuk mengatasi kesulitan dan hambatan yang dimiliki (Heerdjan1987; Gerungan 1997). Soenaryo (2004) menjelaskan bahwa adaptasi merupakan pertahanan yang didapat sejak lahir atau diperoleh karena belajar dari pengalaman untuk mengatasi stress. Cara mengatasi stress dapat berupa membatasi tempat terjadinya stress, mengurangi, atau menetralisasi pengaruhnya, selain itu juga dijelaskan adaptasi yaitu suatu cara penyesuaian yang berorientasi pada tugas (*task oriented*).

Kemampuan adaptasi secara psikologis membantu kemampuan seseorang untuk menghadapi stressor, diarahkan pada penatalaksanaan stress dan didapatkan

melalui pembelajaran dan pengalaman bersama dengan pengidentifikasian perilaku yang dapat diterima dan berhasil.

Perilaku adaptasi psikologis juga disebut sebagai mekanisme koping. Mekanisme ini dapat berorientasi pada tugas, yang mencakup penggunaan teknik pemecahan masalah secara langsung untuk menghadapi ancaman atau dapat juga mekanisme pertahanan ego, yang tujuannya adalah untuk mengatur distress emosional dan dengan demikian memberikan perlindungan individu terhadap ansietas dan stress. Hasil dari perilaku adaptasi psikologi adalah adaptif dan maladaptif.

Kemampuan adaptasi seseorang secara psikologis dapat dilihat melalui kesejahteraan psikologis. Enam dimensi kesejahteraan psikologis yaitu penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, otonomi, penguasaan lingkungan, tujuan dalam hidup, dan pengembangan diri (Ryff dan Keyes 1995).

1. Penerimaan diri adalah memiliki sikap positif terhadap diri sendiri; mengakui dan menerima banyak aspek diri termasuk kualitas baik dan buruk; merasa positif tentang kehidupan lampau.
2. Hubungan positif dengan orang lain digambarkan memiliki hubungan yang hangat, memuaskan, saling percaya dengan orang lain, prihatin tentang kesejahteraan orang lain; mampu empati, kasih sayang dan keintiman yang kuat, mengerti, memberi dan menerima hubungan manusia.
3. Otonomi adalah menentukan nasib sendiri dan mandiri; mampu menahan tekanan sosial untuk berpikir dan bertindak dengan cara tertentu; mengatur perilaku dari dalam; mengevaluasi diri dengan standar pribadi.

4. Penguasaan lingkungan digambarkan dengan rasa penguasaan dan kompetensi dalam mengelola lingkungan; mengontrol kompleksitas kegiatan eksternal; memanfaatkan kesempatan di sekitarnya secara efektif; mampu memilih atau menciptakan konteks yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai pribadi.
5. Tujuan hidup didefinisikan bahwa seseorang memiliki tujuan dalam hidup dan perasaan yang terarah; memiliki makna hidup saat ini maupun masa lalu; memegang keyakinan yang memberi tujuan hidup; objektif menentukan arah hidup.
6. Pengembangan diri digambarkan sebagai perasaan terus berkembang; melihat diri sebagai tumbuh dan berkembang; terbuka untuk pengalaman baru; menyadari potensi diri; melihat perbaikan dalam diri dan perilaku dari waktu ke waktu; berubah dengan cara merefleksikan lebih banyak pengetahuan diri dan efektivitas.

Pengalaman pasien gagal ginjal menimbulkan masalah pada sebagian besar hidup pasien (Valsaraj *et al.* 2016). Seperti pada penelitian kualitatif Monaro *et al.* (2014), bahwa pasien diekspresikan mengalami syok dan berduka atau sedih karena kehilangan fungsi ginjal dan kebutuhan untuk terapi penyanggah hidup. Penelitian tersebut menyebutkan bahwa terdapat banyak pasien menyadari akan penyakit mereka, namun sangat sedikit yang mengaku pernah berdiskusi tentang dialisis sebagai kemungkinan pilihan pengobatan dalam waktu dekat, sehingga ketika menjalani dialisis pasien merasa terbebani dan takut akan ketidakmampuan seumur hidup atau kematian dini dan ketakutan akan hal yang tidak diketahui. Pasien lainnya mengaku bersikap ambivalen tentang

memulai dialisis, namun serangan jantung memaksanya untuk menghadapi dialisis sebagai strategi manajemen yang permanen. Syok emosional yang dialami diperkuat kondisi tubuh yang telah komplikasi. Pengalaman syok emosional akibat kebutuhan mendadak untuk dialisis, dan menghadapi kemungkinan kematian tanpa dialisis, membuat kehidupan individu seakan menjadi terbalik (Monaro *et al.* 2014).

2.2.2 Dampak psikologis pasien hemodialisis

Dampak masalah emosional menurut Combes *et al.* (2013) sebagai berikut.

1. Hospitalisasi dan kematian
2. Kepatuhan
3. Kehadiran menjalani hemodialisis

Depresi memiliki dampak pada pasien ESRD yaitu menarik diri dari pengobatan hemodialisis (Jordanova dan Polenakovic 2013).

4. Penerimaan diagnosis, informasi yang komprehensif dan pengambilan keputusan terkait pengobatan

Distress emosional berdampak pada penerimaan dan pemahaman terkait diagnosis penyakit ginjal tahap akhir, dan edukasi oleh perawat, selanjutnya hal ini dapat mempengaruhi pengambilan keputusan terkait terapi.

Distress emosional yang dialami oleh pasien ginjal kronis pada saat didiagnosis mempengaruhi pemahaman dan penerimaan. Penelitian Reid, Seimor & Jones (2016) menunjukkan bahwa kebanyakan pasien pada awalnya mengalami keputusasaan dan ketidakpercayaan setelah menerima

diagnosis mereka. Hal ini mengakibatkan mereka merasa rentan, tidak berdaya dan bingung saat mencoba memahami bahasa dan lingkungan klinis yang baru. Banyak juga yang mengungkapkan perasaan syok dan menggambarkan pengalaman itu sebagai traumatis dan luar biasa. Peserta mengatakan mereka dibuat lebih takut dan cemas karena ketidakpastian tentang pengobatan dan prognosis mereka.

Demikian pula dalam *systematic review* terhadap studi kualitatif mengenai pengambilan keputusan dan pilihan untuk dialisis, transplantasi atau perawatan paliatif, Morton *et al.* (2010) menggambarkan pasien ginjal merasa ‘terkejut’ dengan diagnosis mereka dan menyadari bahwa dapat meninggal karena penyakit mereka. Para peneliti merekomendasikan pasien diberi waktu lebih banyak daripada saat tersebut untuk menyerap informasi dan menyesuaikan diri dengan diagnosis mereka sebelum mengambil keputusan pengobatan. Memberikan gambaran deskriptif tentang masalah psikologis yang dialami oleh pasien ginjal, Major dan Glass (2010) menyoroti poin-poin tertentu dalam jalur pasien ketika pasien dapat berjuang untuk menyesuaikan atau mengatasi: setelah diagnosis awal, dan pada awal pilihan pengobatan baru. Mereka mengusulkan menggunakan kerangka konseptual berdasarkan tahap kesedihan yang dikembangkan oleh Kubler Ross (1969) dalam Taylor (2014) untuk menjelaskan dan menjelaskan tahap penyesuaian yang dapat dialami dan reaksi emosional pasien mereka, mencakup kejutan dan ketidakpercayaan, kemarahan, depresi, tawar menawar dan penerimaan. Gregory dkk (1998)

dalam Taylor (2014) menemukan bahwa pasien HD yang mengalami kejadian lebih kritis – episode penyakit yang sering terjadi dan akses berkala atau masalah fungsi mesin – memiliki kesulitan emosional dan psikologis yang lebih besar daripada mereka yang kadang-kadang mengalami kejadian tersebut. Penelitian Anderson *et al.* 2008 dan Ryan *et al.* 2005 seperti yang dikutip Taylor (2014) pada perawatan dan pengobatan kanker tertentu mengaitkan emosi dengan tekanan psikologis, yang pada gilirannya dapat mempengaruhi pemahaman pasien.

Tinjauan literatur tentang komunikasi dokter-pasien yang dilakukan oleh Ong *et al.* (1995) menemukan bahwa ketika informasi sangat membingungkan seperti mempelajari diagnosis kanker, sebagian besar pasien kebingungan untuk menerima informasi lebih lanjut yang diberikan kepada mereka. Hal ini dapat menyebabkan mereka merasa bahwa mereka kekurangan informasi yang pada gilirannya dapat mengakibatkan perasaan cemas, tidak pasti dan depresi. Kesulitan dalam menerima diagnosis dapat membatasi kemampuan orang untuk terlibat aktif dalam pengambilan keputusan (Beaver *et al.* 2007). Tinjauan sistematis terhadap semua kondisi kesehatan dari intervensi yang dapat mempengaruhi pengambilan keputusan berdasarkan informasi mengidentifikasi tingkat kecemasan atau depresi yang dialami oleh pasien sebagai salah satu keadaan kesehatan seseorang yang mempengaruhi sejauh mana informasi keputusan dibuat.

2.2.3 Metode manajemen psikologis

Beberapa manajemen psikologis diantaranya adalah

1. Terapi modalitas dialisis

Dialisis efektif berperan dalam menurunkan ansietas dan depresi pada pasien gagal ginjal tahap akhir. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa HD rutin berdampak positif pada kesejahteraan emosional, seperti (Brown *et al.* 2010) yang menyebutkan bahwa pasien yang menjalani peritoneal dialisis mengalami penurunan ansietas dan depresi dibanding pasien yang menjalani hemodialisis.

2. Latihan fisik

Latihan fisik adalah salah satu manajemen depresi yang efektif berdampak pada kualitas hidup (*National Institute for Health and Care Excellence/NICE* 2017).

3. Terapi kognitif perilaku (*Cognitive Behaviour Therapy/CBT*)

Terapi kognitif perilaku merupakan tindakan efektif dalam manajemen depresi pada seseorang yang mengalami penyakit kronis. Penelitian CBT menyebutkan bahwa CBT berdampak positif pada mood pasien yang menjalani dialisis (Cukor, Halen & Asher 2014).

4. Kelompok dukungan (*Peer support*)

Intervensi *peer support* pada pasien dengan kondisi kronis umumnya dapat menjadi salah satu bentuk dukungan melalui berbagi pengalaman dan informasi, pertukaran satu sama lain dengan kondisi kronis yang sama. Hal ini dapat meningkatkan kualitas hidup (Taylor 2014).

5. Edukasi pasien awam dan pasien ahli (*Lay-led education and expert patient programmes*)

Program yang berkaitan langsung dengan edukasi pada pasien awam dan ahli dengan gagal ginjal tahap akhir belum ditemukan hasil yang signifikan, namun terdapat bukti bahwa hal tersebut berdampak pada kesejahteraan emosional (Taylor 2014). Penelitian Foster *et al.* (2009) seperti yang dikutip Taylor (2014) mereview bahwa program untuk kondisi kronis yaitu edukasi dikaitkan dengan manajemen diri terhadap penyakit yang diderita terutama pada pasien yang awam.

6. Strategi koping dan pemberdayaan

Strategi koping dan pemberdayaan kemampuan pada pasien penyakit ginjal tahap akhir berdampak positif pada *outcome*. Penelitian Onofrio *et al.* (2016) menunjukkan adanya hubungan antara persepsi kesehatan mental yang lebih baik dan kemampuan yang lebih besar untuk menyesuaikan diri dengan situasi yang penuh tekanan melalui perilaku koping yang berorientasi pada tugas atau penghindaran.

Koping didefinisikan sebagai upaya kognitif dan perilaku untuk mengelola, mengurangi atau mentolerir tuntutan eksternal dan internal dan konflik di antara mereka. Tuntutan eksternal adalah berbagai faktor stres yang terkait dengan perawatan. Metode koping bekerja sebagai modulator stressor. Strategi pasien untuk mengelola situasi stres dapat dikaitkan dengan beradaptasi dengan kondisi penyakit.

Pada penelitian ini, koping pada pasien HD dapat berbeda, kemampuan dalam koping bisa lebih dari satu jenis dan beragam. Hal ini mendorong peningkatan koping yang lebih baik yang kemudian meningkatkan kualitas hidup (Onofrio *et al.* 2016).

2.3 Perawatan Diri (*Self Care*)

Perawatan diri (*self care*) merupakan proses dalam mengatur respon-respon terhadap stressor. Erickson dalam (Peterson dan Bredow, 2013) membagi perawatan diri menjadi dua yaitu pengetahuan dan sumber kekuatan. Pengetahuan perawatan diri terdiri dari persepsi kontrol, harapan, kepuasan hidup, *sense of support*, persepsi kesehatan dan status kesehatan fisik. Sedangkan sumber kekuatan diri meliputi internal dan eksternal. Kekuatan internal terdiri dari fungsi fisik pasien, susunan genetik, usia, sikap, keterampilan koping, nilai, dan psikososial, sedangkan kekuatan eksternal meliputi relasi sosial dan sistem pendukung termasuk dukungan sosial, tempat tinggal, akses kebutuhan dasar (makanan, air dan sebagainya), transportasi dan tingkat pendapatan (Erickson *et al.* 1983 dalam Alligood 2010).

Persepsi kontrol merupakan didefinisikan sebagai keyakinan bahwa seseorang dapat menentukan keadaan dan perilaku internal seseorang, memengaruhi lingkungan seseorang, dan/atau mewujudkan hasil yang diinginkan.

2.4 Teori *Modeling Role Modeling* (MRM)

2.4.1 Definisi konsep *Modeling Role Modeling* (MRM)

Modeling Role Modeling (MRM) adalah teori keperawatan yang berpusat pada klien yang menempatkan persepsi klien atau model sebagai pusat interaksi perawat-klien. dan mengharuskan perawat untuk melakukan pengkajian (model), perencanaan (role-model), dan tindakan (5 tujuan intervensi) atas dasar perspektif klien. MRM merupakan konsep teori keperawatan terintegrasi dari beberapa interdisiplin teori termasuk teori pengembangan psikososial Erikson, pengembangan kognitif Piaget, pemenuhan kebutuhan dasar manusia Maslow dan adaptasi terhadap stress Engel & Selye (Peterson dan Bredow 2013).

Konsep utama dalam MRM berhubungan dengan pemikiran dasar dan kepercayaan filosofis yang berkenaan dengan kemiripan manusia, perbedaan manusia satu sama lain, dan apa yang harus dilakukan perawat. Konsep-konsep yang berhubungan dengan bagaimana kemiripan manusia mencakup holistik, *mind-body connection*, kebutuhan dasar termasuk *affiliated individualization*, dan kebutuhan tumbuh kembang seumur hidup. Konsep yang merefleksikan bagaimana satu sama lain terdiri dari genetik, *mind-body relationship*, adaptasi dan *self care*.

2.4.2 Definisi konsep mayor

1. Konsep yang berkaitan dengan keperawatan (Peterson dan Bredow 2013) sebagai berikut.

- 1) *Modeling*

Modeling sebagai konsep utama dari teori MRM untuk meningkatkan pemahaman tentang dunia pasien dari perspektif klien, untuk membangun sebuah ‘model’ dari sudut pandang dunia klien. Seni dan sains dalam keperawatan direfleksikan dalam *modeling*. Seni digambarkan melalui penggunaan komunikasi terapeutik untuk mengembangkan gambaran yang akurat terhadap situasi klien. Sains digambarkan melalui agregasi data dan analisis yang didasarkan pada prinsip *scientific* dari konsep teori. *Modeling* mengakui bahwa setiap orang memiliki perspektif yang unik (model atau dunianya). Perawat menggunakan proses ini untuk mengembangkan citra dan pemahaman tentang dunia klien dari sudut pandang klien.

- 2) *Role modeling*

Role modeling memfasilitasi individu dalam mencapai, mempertahankan atau mempromosikan kesehatan melalui sebuah intervensi. *Role modeling* dapat terjadi hanya setelah perawat memahami secara akurat pandangan dunia klien. Seni dari *role modeling* ditunjukkan dengan perencanaan dan implementasi intervensi keperawatan yang didasarkan pada model pandangan dari dunia klien yang unik. Sains dari

role modeling ditunjukkan melalui teori perencanaan yang didasarkan pada intervensi keperawatan.

Role modeling didasarkan pada asumsi bahwa semua manusia ingin berinteraksi dengan orang lain, ingin memainkan peran yang telah ditentukan dalam masyarakat. *Role modeling* menggunakan klien secara umum untuk merencanakan intervensi yang sesuai dengan kebutuhan tumbuh kembang dan penyembuhan klien. *Role modeling* memiliki tujuan membangun kepercayaan, meningkatkan orientasi positif dan *sense of control*, menyatakan kekuatan dan menetapkan tujuan timbal balik yang spesifik. Menurut konsep ini, klien adalah ahli dalam perawatan sendiri dan mengetahui yang terbaik bagaimana dirinya harus dibantu.

3) Keperawatan

MRM menekankan holistik, sifat interpersonal keperawatan. Keperawatan digambarkan sebagai suatu proses interaktif yang memelihara kekuatan klien untuk pertumbuhan, dan penyaluran sumber daya untuk mengatasi keadaan seseorang dan lingkungan. Tujuan keperawatan adalah untuk mencapai keadaan kesehatan dan kepuasan yang optimal. Konsep-konsep yang berhubungan dengan perawat dan peran perawat termasuk memfasilitasi, pemeliharaan dan penerimaan tanpa syarat.

Menurut teori, peran perawat sebagai berikut.

- (1) Memfasilitasi, mengacu pada proses interaksi memfasilitasi, perawat membantu klien untuk mengidentifikasi, menggerakkan dan mengembangkan kekuatan personal dalam menggapai kesehatan.

Perawat membantu klien dalam memenuhi kebutuhan klien dan mengidentifikasi sumber daya yang diperlukan dalam menghadapi stressor, pertumbuhan, perkembangan dan aktualisasi diri.

- (2) *Nurturance*, yaitu secara lemah lembut mendukung dan menyemangati klien untuk berinteraksi dengan seluruh proses biofisik, kognitif, dan afektif dalam menggapai kesehatan. Pemahaman ini dapat digunakan untuk mengembangkan intervensi keperawatan yang unik dari klien
- (3) *Unconditional acceptance*, menggunakan empati untuk menerima seseorang secara keseluruhan dengan pantas tanpa syarat.

Teori ini menyatakan lima tujuan dari intervensi keperawatan sebagai tujuan intervensi. yaitu:

- (1) Membangun kepercayaan

Menjaga janji-janji, memenuhi kebutuhan dasar dan fisik dengan menjadi seseorang yang jujur dan dapat dipercaya, menggunakan sentuhan dan meningkatkan kebutuhan akan harga diri melalui penguatan komentar tentang kemampuan

- (2) Peningkatan orientasi positif

Menerima klien sebagai seorang yang memiliki manfaat, dan memfasilitasi kemampuan untuk mengatur dirinya sendiri ke masa depan yang positif

- (3) Meningkatkan kontrol, memandang kontrol sebagai hal yang pokok, menanyakan ke klien tentang hal yang mereka butuhkan dan

bagaimana perawat dapat membantu, menawarkan pilihan dalam merencanakan perawatan, mengenali pemenuhan kebutuhan kecil.

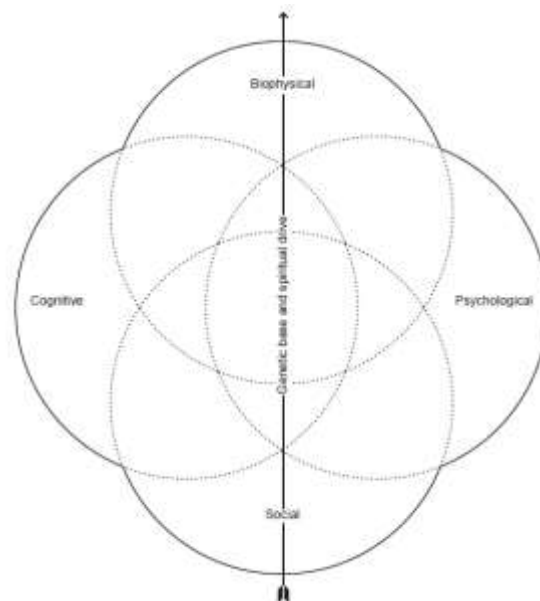
(4) *Affirm and promote strengths*

Pengulasan kekuatan-kekuatan seperti berjalan dari tempat tidur ke kursi.

(5) *Set mutual, health-directed goals*

Melibatkan klien dalam pengembangan kesehatan yang berhubungan dengan intervensi yang sesuai dengan model dunianya.

2. Konsep yang berhubungan dengan manusia



Gambar 2.1 Model holistik person (Erickson, Tomlin & Swain 1983 dalam Peterson & Bredow 2013)

1) Manusia

Individu dipandang sebagai sesuatu yang holistik dan subsistem yang saling berinteraksi. Subsistem ini meliputi biologis, kognitif, dan

psikologis dan subsistem sosial. Faktor genetik dan spiritual seseorang berpotongan antar subsistem. Saat merawat seseorang, perawat tidak berfokus pada salah satu subsistem tetapi melalui integrasi hubungan dinamik antar subsistem dari seseorang. Model internal dalam perspektif klien menentukan persepsi klien dan interpretasi terhadap lingkungan.

2) Sehat

Sehat adalah rasa kesejahteraan yang holistik. Sehat tidak didefinisikan oleh tidak adanya penyakit melainkan keadaan keseimbangan antar subsistem diri seseorang secara holistik, termasuk keyakinan seseorang tentang kualitas hidupnya, kemampuan untuk memaknai hidup dan memiliki orientasi masa depan yang positif.

3) Lingkungan

Konsep lingkungan meliputi stressor internal dan eksternal klien bersamaan dengan sumber internal dan eksternal. Teori ini menjelaskan tentang lingkungan pada subsistem social sebagai interaksi antara diri sendiri dan lainnya baik budaya dan individu

4) Konsep kesamaan manusia

(1) Holisme

Kepercayaan bahwa manusia lebih dari sekedar penjumlahan bagian-bagian dari manusia tersebut bahwa fungsi-fungsi tubuh, pikiran, emosi, dan spirit sebagai satu unit, mempengaruhi dan mengontrol bagian-bagian tersebut dalam interaksi yang dinamis

(2) Kebutuhan dasar

Berdasarkan hirarki Maslow tentang kebutuhan dasar dan pertumbuhan yang menyebabkan manusia bertindak laku. Kebutuhan dasar hanya dapat dicapai saat seseorang merasa bahwa mereka telah mencapainya. Menurut Maslow, saat kebutuhan telah terpenuhi, pertumbuhan dapat terjadi, ketika kebutuhan dasar tidak terpenuhi, situasi dapat dianggap sebagai ancaman dan distress serta penyakit fisik dan psikososial dapat terjadi. Kekurangan pemenuhan kebutuhan perkembangan menyebabkan dihadapinya kecemasan dan stimulasi pertumbuhan. Keingintahuan dan ketakutan untuk tahu berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan keamanan dan keselamatan.

(3) *Affiliated-individuation*

Konsep unik pada teori MRM berdasar pada kepercayaan bahwa semua orang memiliki pergerakan instingtual untuk diterima dan bergantung pada *support system* selama hidup sambil juga tetap mempertahankan rasa kemandirian dan kebebasan

(4) Pendekatan dan berduka

Manusia memiliki kecenderungan bawaan untuk mendekati objek-objek yang berulang kali memenuhi kebutuhan mereka dan mereka berduka saat kehilangan objek-objek tersebut. Berduka dapat menjadi nyata, dirasakan atau mengancam. Perasaan berduka yang tidak diselesaikan menyebabkan kurangnya sumber-sumber untuk

mengatasi stressor harian yang menyebabkan berduka abnormal dan defisit kebutuhan yang kronis.

(5) Tahapan psikososial

Penyelesaian tugas berdasarkan teori Erickson tergantung pada derajat kebutuhan yang terpenuhi. Penyelesaian tugas-tugas pada tahap kritik mengarahkan ke *growth-promoting (trust)* atau *growth impending (mistrust)* atribut residual yang mempengaruhi kemampuan seseorang untuk berduka secara maksimal dan mampu berespon sehat terhadap stressor harian. Saat seseorang bernegosiasi terhadap tugas-tugas spesifik setiap tahapan usia, individu tersebut akan meningkatkan karakter yang membangun kekuatan dan sikap (kebaikan) seperti *self control* atau *willpower*.

(6) Tahap kognitif

Pemikiran pada teori Piaget menyatakan bahwa kemampuan berkembang secara berurutan dan juga bermanfaat untuk memahami tahap perkembangan apa yang kemungkinan sulit dihadapi atau membutuhkan bantuan yang kemudian dengan pendidikan klien, membuat informasi tetap sederhana bagi klien

5) Konsep perbedaan antar manusia

(1) *Inherent endowment* merupakan bawaan genetik sebagaimana pengaruh prenatal dan perinatal terhadap status kesehatan

(2) Model dunia, perspektif seseorang tentang lingkungannya berdasarkan pengalaman, pengetahuan, status kehidupan dan lain-lain

(3) Adaptasi, proses dimana seorang individu merespon stress eksternal dan internal dalam kesehatan

(4) Stress

Respon general terhadap stimulus *stressful* dalam perubahan pola, melibatkan sistem endokrin, GI, dan limfatik yang diidentifikasi sebagai gejala adaptasi general (*general adaptation syndrome*/GAS) oleh Selye. Stimulus dapat dirasakan sebagai ancaman atau tantangan (Lazarus), dan sebagai *stressful* dan *distressful* (Selye). Teori MRM mensintesa keseluruhan hal tersebut dalam pandangan yang lebih holistik.

(5) *Self care* (perawatan diri)

Self care adalah proses mengatur respon-respon terhadap stressor. *Self care* melibatkan pengetahuan, sumber daya dan tindakan

i. *Self care knowledge*

Self care knowledge adalah informasi tentang diri yang diyakini seseorang dapat meningkatkan atau bertentangan dengan kesehatannya sendiri, hal yang mempengaruhi suatu keadaan sakit atau berkontribusi terhadap masalah yang dihadapi atau terhadap kesehatan yang optimal termasuk data *mind-body* juga termasuk pengetahuan pribadi tentang apa yang dibutuhkan

untuk sembuh, tumbuh, beradaptasi dan menjadi orang yang berfungsi penuh dalam masyarakat.

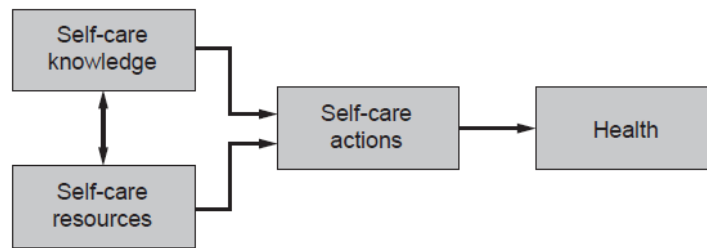
ii. *Self care resource*

Self care resource adalah sumber-sumber internal dan eksternal yang dapat dimobilisasi untuk promosi kesehatan secara holistik. Sumber *self care* internal (kekuatan diri) adalah sumber internal yang dapat digunakan oleh individu untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan. Kekuatan diri dapat berupa sikap, daya tahan, pola atau apa saja yang diidentifikasi sebagai kekuatan personal dan sumber dari individu (Erickson *et al.* 1983 dalam Alligood 2010). Sumber internal meliputi fungsi fisik pasien, susunan genetik, usia, sikap, keterampilan coping, nilai, dan psikososial. Sumber *self care* eksternal meliputi relasi sosial dan sistem pendukung meliputi dukungan sosial, tempat tinggal, akses kebutuhan dasar (makanan, air dan sebagainya), transportasi dan status ekonomi (Erickson *et al.* 1983 dalam Alligood 2010).

iii. Tindakan *self care*

Tindakan *self care* adalah pengembangan dan pemanfaatan pengetahuan *self care* dan sumber *self care* untuk meningkatkan kesehatan yang optimal, termasuk di dalamnya keseluruhan tingkah laku sadar ataupun tidak sadar yang berhubungan dengan kesehatan, pertumbuhan, perkembangan,

dan adaptasi. Tindakan *self care* adalah kerangka konseptual yang terkait dengan kemampuan seseorang untuk bertindak secara otonom. Hal ini tertanam dalam konsep *self care action* dalam sebuah gagasan bahwa individu memanfaatkan *self care knowledge* dan *self care resource* untuk bertindak atas kehendak sendiri disesuaikan dengan kebutuhan dan keinginan individu. *Self care action* didasarkan pada kebutuhan yang dirasakan yang dapat berbeda antara individu tergantung pada keadaan, mencakup perilaku independen dan dependen, dan mempengaruhi kesehatan holistik, baik fisik dan psikososial. Akhirnya, potensi individu untuk memanfaatkan sumber dan mencapai status coping secara langsung berhubungan dengan kepuasan akan pemenuhan kebutuhannya. Intervensi keperawatan didesain untuk memfasilitasi klien dalam mengimplementasikan tindakan *self care* yang akan membantu mereka memenuhi kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial, kognitif dan spiritual. Kepuasan kebutuhan berulang menghasilkan pertumbuhan, dan pertumbuhan yang berlanjut menghasilkan residual perkembangan yang sehat.



Gambar 2. 2 MRM *self concept* (Hertz & Baas 2006 dalam Peterson & Bredow 2013)

2.5 Teori *Self Determination* (Determinasi Diri)

2.2.1 Pengertian

Determinasi diri adalah sebuah pendekatan motivasi dan kepribadian manusia yang menggunakan metode empiris tradisional dengan menggunakan metateori organismik yang menyoroti pentingnya sumber daya manusia untuk pengembangan kepribadian dan perilaku regulasi diri (Ryan, Kuhl, & Deci, 1997 dalam Ryan dan Deci (2000) atau teori empiris yang berasal dari motivasi dan kepribadian manusia dalam konteks sosial yang membedakan motivasi di bagian yang otonom dan terkontrol. Dengan demikian, arena ini adalah penyelidikan seseorang dengan kecenderungan pertumbuhan dan kebutuhan psikologis bawaan yang merupakan dasar untuk integrasi motivasi diri dan kepribadian, serta untuk kondisi yang mendorong proses-proses yang positif. Induktif, menggunakan proses empiris, telah mengidentifikasi tiga kebutuhan tersebut yaitu kebutuhan kompetensi (Harter 1978; White 1963), keterkaitan (Baumeister & Leary 1995, Reis 1994), dan otonomi (deCharms 1968; Deci 1975) yang tampaknya penting untuk memfasilitasi fungsi optimal dari kecenderungan alami untuk

pertumbuhan dan integrasi, serta untuk pembangunan sosial konstruktif dan kesejahteraan pribadi (Ryan dan Deci 2000).

Teori determinasi diri (SDT) adalah teori besar dari motivasi manusia, perkembangan kepribadian, dan kesejahteraan. Teori ini berfokus terutama pada kemauan atau perilaku bertekad diri dan sosial dan kondisi budaya yang melaksanakan itu. SDT juga mendalilkan suatu dasar kebutuhan psikologi yang universal, yaitu kemandirian, kemampuan berhubungan, pemenuhan yang perlu dipertimbangkan dan kebutuhan yang penting, kesehatan manusia tanpa memperdulikan fungsi budaya atau tahapan perkembangan.

Wellbeing berhubungan dengan *basic need* yaitu *autonomy*, *competence* dan juga *relatedness need*. *Basic need* merupakan konsep untuk individu dalam berperilaku sehari-hari, dan untuk mencapai tujuan akhir serta memiliki kesehatan psikologis yang baik yang akhirnya menuju pada *wellbeing* (Ryan dan Deci, 2000).

a. Otonom diri (*autonomy*)

Autonomy adalah kebebasan yang dimiliki individu dalam melakukan sesuatu berdasarkan pilihannya sendiri yang mengacu pada hal yang dirasakan dan bersumber pada dirinya sendiri (Ryan and Deci 2004). Kebutuhan akan kemandirian adalah kebutuhan seseorang untuk menjadi “alasan hidup” bagi dirinya sendiri dan berintegrasi dengan dirinya sendiri tanpa melupakan kebutuhan pertolongan oleh orang lain.

b. Kompetensi diri (*competence*)

Competence adalah kemampuan individu untuk menunjukkan apa yang dia bisa serta memberikan dampak bagi lingkungan. Kebutuhan akan kompetensi adalah kebutuhan seseorang untuk dapat mengontrol hasil dan keinginan dalam menguasai skill tertentu (Ryan and Deci 2004).

c. Keterhubungan (*relatedness*)

Relatedness adalah hubungan sosial atau relasi sosial individu dalam berinteraksi dengan individu lain dalam satu komunitas serta memiliki rasa saling bergantung satu dengan yang lain. Kebutuhan akan keterkaitan adalah kebutuhan seseorang untuk berinteraksi, berhubungan, dan peduli satu sama lain.

2.6 Riset pendukung

Tabel 2.3 Riset pendukung tentang model adaptasi pasien hemodialisis berbasis teori *Modeling Role Modeling* di RSUD Provinsi NTB

No	Judul	Desain penelitian	Sampel	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
1.	<i>Barriers to Physical Activity in Chronic Hemodialysis Patients: A Single-Center Pilot Study in an Italian Dialysis Facility</i> (Fiaccadori, 2017)	kualitatif	Sampel 104 orang sampling purposive	Independen Hambatan aktifitas fisik - mobilitas/otonomi dan fungsi fisik - aktivitas fisik - kualitas hidup - persepsi hambatan aktivitas fisik Dependen sedentarism	- Katz <i>Independence in daily living questionnaire</i> - 94-item <i>Human Activity Profile</i> (HAP) - <i>The HAP items</i> were used to derive the MAS (<i>Maximum Activity Score</i>) and the AAS (<i>Adjusted Activity Score</i>).	- <i>chi-square</i> - <i>univariate logistic regression</i> . - <i>multivariate logistic stepwise regression model</i>	Mayoritas 67 orang laki-laki (65), rerata usia 69 tahun (79% pasien > 60 tahun), Median dialisis 60 bulan (rentang 8-440) Rata2 skor Charlson 5.55, Skor ADL 5.5. 92 partisipan (88.5%) melaporkan satu hambatan terhadap aktivitas fisik Partisipan merasa terlalu banyak masalah penyakit yang dialami, nyeri dada, kesedihan, secara independen terkait dengan ketidakaktifan dalam aktivitas fisik.
2.	<i>Patient and Caregiver Priorities for Outcomes in Hemodialysis: An International Nominal Group Technique</i>	<i>focus group/nominal group technique</i>	Sampel 105 pasien/caregiver sampling purposive	independen Prioritas outcome menurut pasien dan caregiver	Wawancara	Analisis kualitatif	Usia 24-87 tahun (rerata, 58.4) dan 49 (60%) adalah laki-laki 58 (71%) pasien, 33 (57%) diantaranya pada terapi hemodialisis and 51 orang (88%) memiliki fistula arteriovenosa Kategori outcome 1. gaya hidup & psikososial:

No	Judul	Desain penelitian	Sampel	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
	<i>Study</i> (Urquhart- secord <i>et al.</i> 2016)						kelelahan/energy, ketahanan / koping, kemampuan untuk melakukan perjalanan <i>dialysis</i> <i>freetime</i> 2. mortalitas, kondisi komorbid & komplikasi klinis: <i>vascular</i> <i>access complication</i> , <i>mortality</i> , CVD, IDWG 3. Gejala: ↓TD, <i>Washed</i> <i>out/drained</i> , <i>restless leg</i> <i>syndrome</i> , <i>cramps</i> , <i>biochemical</i> , potassium dan fosfat
3.	<i>Improving</i> <i>Distress In</i> <i>Dialysis</i> (Idid): <i>A Tailored CBT</i> <i>Self-</i> <i>Management</i> <i>Treatment For</i> <i>Patients</i> <i>Undergoing</i> <i>Dialysis</i> (Hudson, 2016)	Review artikel	artikel	independen: CBT <i>Self</i> <i>management</i> dependen: distress	Review	-	Ancaman kesehatan terkait dengan distress dalam 4 kategori yaitu kejadian ESKD akut, kehilangan peran, ketidakpastian dan manajemen diri penyakit. Pesimis terhadap penyakit dan pengobatan terkait dengan peningkatan distress Perilaku ketidakpatuhan dan menghindar terkait dengan perasaan distress penilaian kognitif, penerimaan dukungan sosial dan perilaku asertif terkat dengan penurunan

No	Judul	Desain penelitian	Sampel	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
							distress
4.	<i>Comfort-Supporting Nursing Activities for End-of-Life Patients in an Institutionalized Environment</i> (Kisvetrova, Vevodova and Skoloudik 2017)	<i>Cross sectional</i>	907 RN	Independen: aktivitas <i>dying care</i> dan dukungan spiritual Dependen: Aktivitas kenyamanan pasien end stage of life	NIC	<i>Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney U post-hoc test with Bonferroni, Spearman's correlation dan logical regression</i>	Tindakan keperawatan yang sering dilakukan adalah menggali harapan pasien dalam mendiskusikan kematian dan yang paling sering adalah mengedepankan martabat dan respek pasien.
5.	<i>Cognitive behavior therapy for anxiety and depression among people undergoing haemodialysis: A randomized control trial</i> (Valsaraj <i>et al.</i> 2016)	RCT	Sampel 33 perlakuan 34 kontrol <i>random</i>	Independen CBT Dependen kecemasan dan depresi	- <i>Background proforma</i> - HADS (<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>)	<i>Chi square Fisher's exact ANOVA</i>	Mayoritas usia: 43-65 tahun Laki-laki, Hindu, Pre degree (perlakuan), diploma atau S1 (kontrol), tidak dapat bekerja (78.79 dan 67.65) sebelumnya adalah nonprofessional, Menikah (78.79 dan 79.41%), Tinggal serumah dengan 4-6 anggota keluarga (75.76% dan 79.41%), Hampir separuhnya pendapatan 5001-10.000 Rupee dan telah didiagnosis secara tiba-tiba (57,58 dan 55.88%) CBT merupakan cara efektif

No	Judul	Desain penelitian	Sampel	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
6.	<i>Association of coping strategies with mortality and health-related quality of life in hemodialysis patients: the japan dialysis outcomes and practice patterns study (Niihata et al. 2017)</i>	<i>Prospective cohort</i>	Sampel 1354 J-DOPPS IV	Strategi koping, terdiri dari 2 dimensi yaitu <i>problem solving</i> dan <i>cognitive restructuring</i> dalam <i>problem-focused engagement</i> , <i>problem avoidance</i> and <i>wishful thinking</i> dalam <i>problem-focused disengagement</i> , mengekspresikan emosi dan sosial support in emotion-focused engagement, and self-criticism and social withdrawal in emotion-focused disengagement	- <i>Coping Strategies Inventory Short Form</i> (CSI-SF)	Regresi	<p>untuk menurunkan tingkat kecemasan dan depresi pada pasien hemodialisis</p> <p>Hanya <i>problem-focused engagement</i> berhubungan signifikan dengan survival yang lebih lama; Subskala lainnya tidak berhubungan dengan semua penyebab kematian setelah penyesuaian potensial faktor <i>confounding</i>. Kualitas hidup kesehatan, subskala <i>problem-focused engagement</i> juga berhubungan dengan peningkatan fungsi fisik dan kesehatan mental diantara 1,045 pasien. <i>Emotion-focused disengagement</i> berhubungan dengan penurunan kesehatan mental namun tidak dengan perubahan fungsi fisik. Subskala lainnya tidak berhubungan dengan perubahan fungsi fisik atau kesehatan mental.</p> <p>Keterampilan koping berhubungan dengan lama hidup yang lebih panjang dan juga</p>

No	Judul	Desain penelitian	Sampel	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
							perbaikan pada fungsi fisik dan kesehatan mental.
7.	<i>A Thematic Syntesis of the Experiences of Adult Living with Hemodialysis</i> (Reid <i>et al.</i> 2016)	<i>Thematic synthesis</i>		Pengalaman pasien HD (≥ 18) dari 1995-2015	-		17 penelitian terdiri dari 576 pasien. 4 tema analisis Tema 1: dialisis baru-ketergantungan diri: perubahan identitas dan persepsi diri oleh karena ketergantungan dialisis Tema 2: kehidupan yang dibatasi: konsekuensi dari ketergantungan. Strategi terhadap optimisme dan mempengaruhi masa depan Tema 3: pengendalian/kontrol. Penerimaan, adaptasi dan sensasi kontrol Tema 4: hubungan dengan profesional kesehatan: pentingnya hubungan dengan pasien dan pengaruhnya pada persepsi kekuatan (power) dan dukungan (support) Hubungan tersebut mempengaruhi 3 tema lain melalui berbagi informasi, keberlanjutan dan dukungan personal
8.	<i>A "lost life" coming to terms with haemodialysis</i>	Kualitatif, <i>Heideggerian phenomeno</i>	8 pasien ESRD yang menjalani	Pengalaman hidup esensial pada pasien dan keluarga fase awal	- Wawancara semi terstruktur	<i>Hermeneutic framework</i>	Pengalaman hidup yang esensial pada pasien awal dialisis adalah "lost life" dan partisipan mengalami syok dan berduka.

No	Judul	Desain penelitian	Sampel	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
	(Monaro <i>et al.</i> 2014)	<i>logy</i>	HD dan 5 anggota keluarga	terapi hemodialisis jangka panjang			Perasaan tersebut terlihat pada kurangnya persiapan mental dan fisik sebagai strategi manajemen jangka panjang. Kehilangan <i>sense of self</i> , kehilangan spontanitas dan kebebasan personal serta kehilangan hubungan social menantang kemampuan partisipan untuk berkontribusi pada keluarga dan masyarakat. Perubahan sensasi tubuh dari kesehatan yang baik menuju rasa penurunan dan <i>fatigue</i> . Anggota keluarga menemukan peran kepedulian tak ada hentinya dan membutuhkan kewaspadaan yang tinggi. Pasien dan anggota keluarga pada fase awal dialisis mungkin mengalami kesulitan untuk merasakan masa depan yang positif. Relevan dengan praktik klinis. Focus yang lebih besar pada persiapan kemungkinan dialisis dan <i>framework</i> perawatan yang mendukung penyesuaian pada cara hidup baru sangat penting.
9.	<i>Effect of Treatment</i>	Randomized	82 sampel	independent Training edukasi	- Hemodialisis patient	<i>Shapiro wilk</i>	Training pada pasien HD berdasarkan 4 mode adaptasi Roy

No	Judul	Desain penelitian	Sampel	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
	<i>Education Based on the Roy Adaptation Model on Adjustment of Hemodialysis Patients</i> (Vicdan and Karabacak, 2016)	controlled experimen t		model Roy (mode fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependen) Dependensi Adaptasi fisiologis, psikologis dan adaptasi sosial	<ul style="list-style-type: none"> - <i>evaluation form Functional performance inventory short form</i> - <i>The Coopersmith Self esteem inventory</i> - <i>Psycho-social adjustment to illness scale self report</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Pearson x²</i> <i>Wilcoxon signed rank</i> <i>Mann whitney U test</i> 	<p>dapat meningkatkan adaptasi fisik, psikologis dan sosial.</p> <p>Variabel adaptasi dibandingkan pada dua kelompok dan ada perbedaan.</p> <p>Ada penurunan TD dan BB</p> <p>Peningkatan skor <i>functional performance</i> dan <i>self respect</i>, dan penurunan adaptasi psikososial pada kelompok eksperimen</p>
10.	<i>Optimism, well-being, and perceived stigma in individuals living with HIV</i> (Ammirati et al. 2015)	<i>Cross sectional</i>	116 pasien HIV	<p>Independen Optimisme</p> <p>Dependen Adaptasi psikologis Stigma HIV</p>	<ul style="list-style-type: none"> - HIV stigma scale - The life orientation test revised (LOT-R) - General well-being schedule 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Structural equation model</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Optimisme memiliki hubungan positif dengan kesejahteraan psikologis dan berhubungan negatif dengan stigma menyalahkan dan diskriminasi - korelasi tidak signifikan antara optimisme dan stigma menjauhi - kesejahteraan psikologis korelasi negatif dengan dimensi stigma menjauhi, menyalahkan dan diskriminasi
11.	<i>Quality of life, clinical</i>	<i>Cross sectional</i>	103 pasien	Kualitas hidup demografi (jenis	- Kidney Disease Outcomes Quality	Regresi linier	- Variabel yang berhubungan signifikan dengan komponen

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

No	Judul	Desain penelitian	Sampel	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
	<i>outcome, personality and coping in chronic hemodialysis patients</i> (Onofrio <i>et al.</i> 2016)		HD	kelamin, usia, tingkat pendidikan, status pernikahan, kondisi tempat tinggal, tanggungan keluarga, aktivitas pekerjaan) - status klinis (nefropati, lama menjalani HD, area transplantasi, akses pembuluh darah, erythropoietin (EPO) therapy, tipe terapi dialisis, Kt/V, hemoglobin, ferritin, albumin, total protein, total kolesterol, triglycerides, C-Reactive Protein (CRP), intact Parathyroid Hormone (iPTH), serum	<i>Initiative (KDOQI) guidelines</i> - <i>Age-adjusted Charlson Comorbidity Index (ACCI)</i> - <i>Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF)</i> - <i>Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)</i> - <i>Temperament and Character Inventory (TCI) revised</i> - <i>Coping Inventory for Stressful Situation (CISS)</i>		fisik dan mental pada KDQOL-SF yaitu: intact parathyroid hormone (iPTH), typology of cohabitant (baik anggota keluarga dan bukan), lama menjalani dialisis. Variabel yang berhubungan dengan komponen mental pada KDQOL-SF yaitu: PSQI, koping tugas, koping penghindaran, status pekerjaan.

No	Judul	Desain penelitian	Sampel	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
				calcium, serum phosphate parameter personal dan adaptasi			
12.	<i>The relationship between coping, emotion regulation, and quality of life of patients on dialysis</i> (Barberis et al. 2017)	<i>Cross sectional</i>	78 pasien dialisis	Usia, lama menjalani hemodialisis Koping, Regulasi emosi Kualitas hidup	- <i>Coping Orientations to Problems Experienced Short Form</i> (36) - <i>Cognitive Emotion Regulation Questionnaire</i>	Analisis regresi	Predictor kesehatan fisik yaitu usia, refleksi, fokus pada hal-hal positif, strategi penghindaran, pendekatan pada masalah, dan orientasi transenden. Prediktor kesehatan mental adalah jenis kelamin, sikap menyalahkan diri sendiri, penerimaan, refleksi, penilaian positif, <i>catastrophizing</i> , strategi penghindaran dan orientasi transenden. Terdapat hubungan antara regulasi emosi, koping, dan kualitas hidup.
13.	<i>An Investigation of Factors Associated Adaptation of Mothers to Disease of Child with</i>	Deskriptif korelasi	119 ibu dengan anak yang memiliki kanker <i>Purposive sampling</i>	Dukungan sosial, <i>parenting</i> , religiusitas, adaptasi	- <i>Characteristics</i> - <i>Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support</i> - <i>parenting styles</i> - <i>Metode Religious</i>	Analisis regresi	Ada hubungan antara dukungan sosial, <i>parenting</i> , dan religiusitas dengan adaptasi ibu yang memiliki anak dengan kanker Perubahan tertinggi dalam adaptasi terkait dengan peningkatan dukungan sosial. Ada hubungan signifikan antara

No	Judul	Desain penelitian	Sampel	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
	<i>Cancer Based on Roy Model Testing</i> (Pirbodaghi et al. 2016)				<i>Coping</i> - <i>Lazarus & Folkman</i> <i>Adaptation Styles</i> - <i>Goldberg's General Health questionnaires</i>		waktu diagnosis dan adaptasi ibu
14.	<i>Psychological adjustment to chronic disease and rehabilitation – an exploration</i> (Dekker and Groot, 2016)	<i>Review model</i>			-		Stressor penyakit akut dan berlangsung; respon emosional, kognitif dan perilaku; dan sosial dan latar belakang lingkungan merupakan kategori utama dalam proses penyesuaian. Kategori tersebut secara prinsip diintegrasikan dengan beberapa komponen ICF. Penelitian selanjutnya ttg ICF secara eksplisit tergabung dalam penyesuaian psikologis dan sub kategorinya.
15.	<i>Influence of psychosocial factors on self-care behaviors and glycemic control in Turkish patients with type 2 diabetes</i>	<i>cross sectional</i>	350 pasien DM tipe 2	Faktor psikososial, perilaku perawatan diri, kontrol glikemi	- <i>Summary of Diabetes Self Care Activities</i> (SDSCA) - <i>The multidimensional diabetes questionnaire</i> (MDQ)	- <i>Pearson's correlation</i> - SEM	Efikasi diri untuk mencapai outcome yang lebih baik Meski terdapat intervensi mempertahankan manajemen diri pada individu dengan diabetes, memperkuat faktor psikososial dan efikasi diri berkontribusi terhadap penyesuaian pasien terhadap penyakit dan kontrol

No	Judul	Desain penelitian	Sampel	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
	<i>mellitus</i> (Cosansu and Erdogan, 2014)				- <i>Self efficacy scale</i> - <i>Outcome expentancies</i>		glikemi yang baik pada jangka panjang
16.	<i>Effects of perceived autonomy support and basic need satisfaction on quality of life in hemodialysis patients</i> (Chen et al. 2017)	<i>Cross sectional</i>	250 pasien HD	Independen: Persepsi dukungan otonom, kepuasan terhadap kebutuhan dasar Dependen: HRQOL	- <i>The Health Care Climate Questionnaire (HCCQ)</i> - <i>General scale for basic need satisfaction</i> - <i>The SF-12 HRQOL</i>	SEM	Persepsi dukungan otonom pasien HD meningkatkan kepuasan terhadap kebutuhan dasar (kemandirian, kompetensi dan hubungan). Tingginya tingkat kepuasan terhadap kebutuhan dasar terkait dengan tingginya HRQOL (komponen fisik dan mental)
17.	<i>Autonomy Support, Need Satisfaction, and Motivation for Support Among Adults With Intellectual Disability: Testing a Self-Determination Theory Mode</i> (Frielink, Schuengel and	<i>Cross sectional</i>	186 pasien <i>intellectual disability</i>	Independen: Persepsi dukungan otonom (kemandirian, keterkaitan dan kompetensi), motivasi otonom, kepuasan terhadap kebutuhan Dependen Kesejahteraan	- <i>Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale–Intellectual Disability (BPNSFS-ID)</i> - <i>Self-Regulation Questionnaire–Support (SRQ support)</i> - <i>Health Care</i>	SEM	- persepsi dukungan otonomi berkaitan positif dengan kesejahteraan - persepsi dukungan otonomi berkaitan positif dengan motivasi otonom dan dengan kepuasan terhadap kebutuhan otonom, keterkaitan dan kompetensi - motivasi otonom dan kepuasan terhadap kebutuhan berhubungan dengan tingginya kesejahteraan psikologis - motivasi otonom dan kepuasan terhadap kebutuhan secara

No	Judul	Desain penelitian	Sampel	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
	Embregts, 2018)				<i>Climate Questionnaire–Intellectual Disability (HCCQ-ID)</i> - <i>Satisfaction With Life Scale (SWLS)</i> - <i>Cantril ladder</i> - <i>Beck Depression Inventory–II–Dutch Version (BDI-II-NL)</i>		statistik memediasi hubungan antara dukungan otonom dan kesejahteraan - kepuasan terhadap kebutuhan otonom dan keterkaitan berhubungan negatif dengan motivasi terkontrol - kepuasan terhadap kebutuhan untuk keterkaitan berhubungan positif dengan motivasi otonom
18.	Model perawatan pencegahan depresi klien kusta di RS Kusta Sumberglagah Mojokerto (Utami, Haryanto and Sajidin, 2017)	<i>Cross sectional</i>	72 responden	- Biofisik: Usia, jenis kelamin - kognitif: pengetahuan, keterampilan - psikologi: harapan, - sosial: dukungan keluarga, stigma, pekerjaan Dependen Daya adaptasi	- <i>Herth hope Index (HHI)</i> - <i>Basic psychological needs scale</i> - ILEP - <i>Back Depression Inventory, Health Promoting Lifestyle Profile II</i>	SEM	Model pencegahan depresi terdiri dari biofisik (usia, jenis kelamin), kognitif (pengetahuan, keterampilan), psikologis (harapan) dan faktor sosial (dukungan keluarga, stigma, pekerjaan) terhitung sebagai faktor yang komprehensif dan logis dalam menjelaskan dan memprediksi pencegahan depresi untuk meningkatkan daya adaptasi klien kusta
19.	<i>Structural</i>	<i>Cross</i>	215	independen	- <i>The</i>	SEM	Faktor-faktor yang memiliki

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

No	Judul	Desain penelitian	Sampel	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
	<i>Equation Modeling of Self-Management in Patients with Hemodialysis</i> (Cha, 2017)	<i>sectional</i>	pasien hemodialisis	<ul style="list-style-type: none"> - konteks sosial - harapan - perilaku manajemen diri Dependensi: <i>outcome</i> penyakit	<i>Hemodialysis Self-management Instrument the Revised Illness Perception Questionnaire</i> - <i>Herth Hope Index</i> - <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i>		pengaruh terhadap perilaku manajemen diri adalah konteks sosial, harapan dan kognitif penyakit yang menjelaskan 92,4% varians. Perilaku manajemen diri memediasi hubungan antara sumber daya coping psikososial dan <i>outcome</i> penyakit. Penelitian ini menentukan proses manajemen yang lebih lengkap. Penting untuk mengenali sumber klinis yang tersedia untuk mendukung manajemen diri pasien. Penyedia layanan kesehatan dapat memfasilitasi manajemen diri melalui perawatan kolaboratif dan memahami gagasan dan emosi yang dimiliki setiap pasien tentang penyakit ini, dan pada akhirnya memperbaiki kesehatan.
20.	<i>The Happiness and Subjective Well-Being Of People On Haemodialysis</i> (Bennett et al. 2015)	<i>Cross sectional</i>	172 pasien HD dan 200 pasien non dialisis	Independensi: Kebahagiaan Kesejahteraan subjektif	- <i>Personal Wellbeing Index(PWI)</i>	Regresi	Pasien HD menunjukkan skor yang rendah pada kepuasan hidup secara umum (<i>general life satisfaction</i>), pencapaian dalam hidup (<i>life achievement</i>), hubungan (<i>relationship</i>) dan kenyamanan (<i>personal safety</i>). Tidak ada perbedaan pada poin

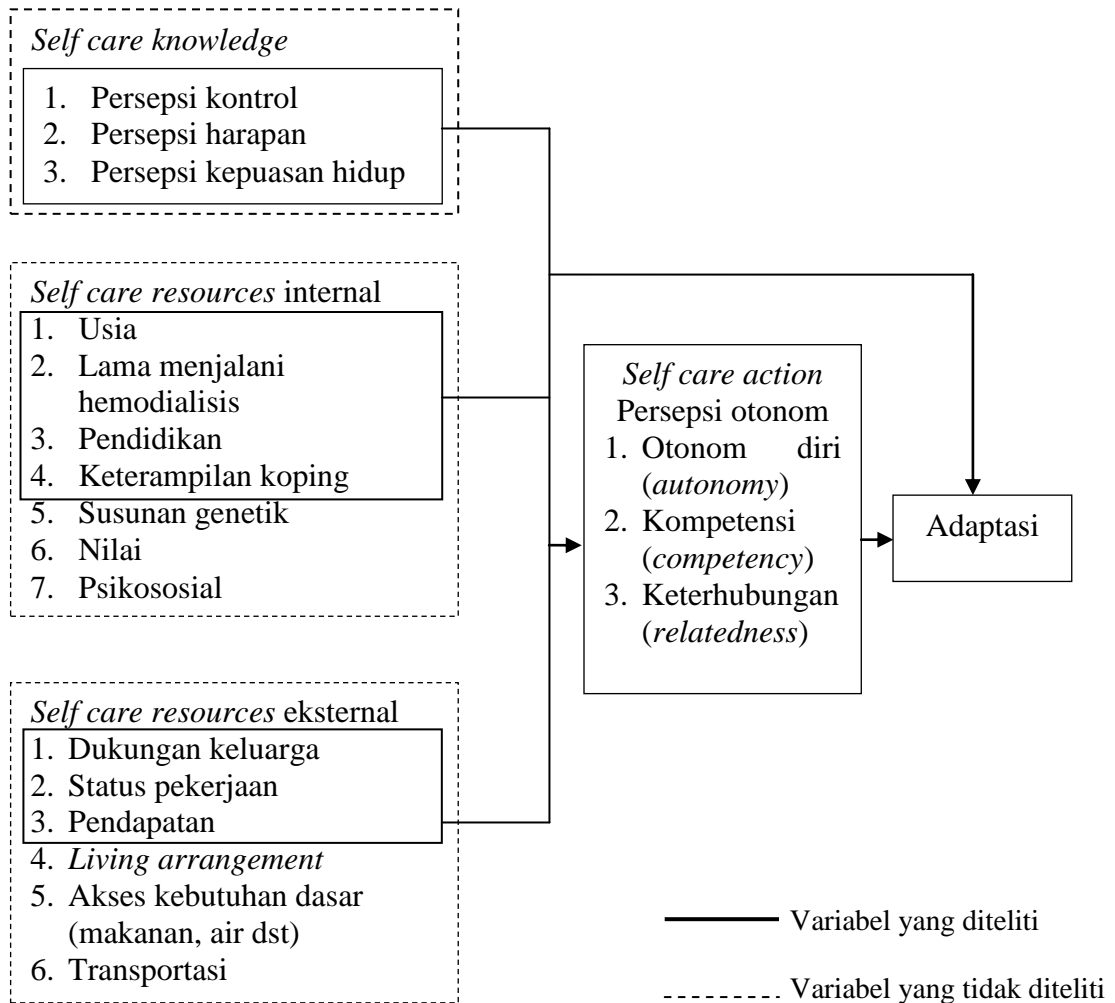
No	Judul	Desain penelitian	Sampel	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
							kesehatan, kenyamanan bermasyarakat dan masa depan (<i>community and future security</i>). Tempat tinggal (<i>standard of living</i>) dan kepuasan dengan pencapaian hidup (<i>life achievement</i>) merupakan hal yang penting dalam kesejahteraan subjektif dibandingkan dengan kepuasan terhadap kesehatan (<i>health</i>) Kesejahteraan subjektif merupakan indikator utama dalam kualitas hidup seseorang
21.	<i>The interactive effects of patient control beliefs on adherence to fluid-intake restrictions in hemodialysis: Results from a randomized controlled trial</i> (Howren, Cozad dan Christensen, 2016)	RCT	119 pasien hemodialisis	Independen: persepsi kontrol dan karakteristik kontrol Dependen: kepatuhan	- <i>The six-item Internal subscale of the Multidimensional Health Locus of Control (H-LOC)</i>		keyakinan kontrol pasien penting untuk kepatuhan pasien dan adaptasi pada populasi hemodialisis

No	Judul	Desain penelitian	Sampel	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
22.	<i>The Impact of Demographic, Clinical, Symptom and Psychological Characteristics on the Trajectories of Acute Postoperative Pain After Total Knee Arthroplasty (Lindberg et al., 2016)</i>	<i>Cohort</i>	188	Independen: karakteristik demografi, klinis, gejala dan psikologis Dependen: <i>trajectories of acute pain</i>	- <i>Brief pain inventory</i> - <i>Hospital depression and anxiety scale</i> - <i>Lee fatigue scale</i> - <i>Fatigue severity scale</i> - <i>Brief illness perception questionnaire</i>	Regresi	Tingginya tingkatan karakteristik nyeri akut pada hari H bedah menyebabkan memburuknya <i>trajectories</i> . Tingginya skor nyeri pada saat istirahat dan aktivitas pada hari aktivitas hari H pembedahan digambarkan dengan istirahat dan saat aktivitas pada hari H pembedahan terkait dengan lamanya <i>femoral block</i> , tingginya dosis opioid, dan tingginya respon emosional terhadap osteoarthritis. Semakin tinggi jumlah komorbid, semakin tinggi pula dosis opioid, dan makin rendahnya persepsi kontrol yang dapat memperkirakan laman merasakan nyeri pada hari pembedahan.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Model Adaptasi Pasien Hemodialisis berbasis *Modeling Role Modeling Theory* di RSUD Provinsi NTB

Teori MRM menegaskan bahwa kemampuan seseorang untuk mengatasi stressor yang diberikan ditentukan oleh makna yang melekat pada stressor, sumber daya perawatan diri yang diakses untuk memenuhi tuntutan stressor dan kemampuan seseorang untuk memobilisasi sumber daya bila diperlukan. Variabel independen dalam penelitian ini merupakan integrasi dari teori *Modeling Role Modeling* berupa variabel *self care knowledge*, *self care resource* dan *health* dalam bentuk peningkatan daya adaptasi

Berbagai variabel dari teori di atas menjadi bentuk model keperawatan peningkatan daya adaptasi berbasis dukungan otonomi dan teori *Modeling Role Modeling* (Erickson *et al.* dalam Peterson & Bredow 2013) yang diyakini mampu meningkatkan daya adaptasi pasien hemodialisis. Variabel keberhasilan pencapaian berdasarkan konsep dukungan otonomi yang terdiri dari komponen kemandirian, keterkaitan dan kompetensi yang meningkatkan daya adaptasi. Teori *Modeling Role Modeling*, persepsi otonom dan hubungan teoritis menunjukkan bahwa teori ini adalah logis memadai dan komprehensif bagi perawat untuk meningkatkan daya adaptasi pasien hemodialisis.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dari penelitian ini sebagai berikut.

1. *Self care knowledge* berpengaruh terhadap *self care action*
2. *Self care resources* internal berpengaruh terhadap *self care action*
3. *Self care resources* eksternal berpengaruh terhadap *self care action*
4. *Self care knowledge* berpengaruh terhadap adaptasi
5. *Self care resources* internal berpengaruh terhadap adaptasi
6. *Self care resources* eksternal berpengaruh terhadap adaptasi
7. *Self care action* berpengaruh terhadap adaptasi

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Desain penelitian menggunakan *explanative survey* dimana penelitian ini dilakukan untuk menjelaskan faktor perawatan diri dalam mempengaruhi adaptasi pasien hemodialisis sehingga menghasilkan gambaran mengenai hubungan sebab akibat variabel bebas dan variabel terikat (Sugiyono 2013). Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional* karena variabel bebas dan terikat diamati secara bersamaan (variabel sebab dan akibat yang terjadi pada subjek yang diukur atau dikumpulkan dalam waktu bersamaan).

4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling

Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien hemodialisis di RSUD Provinsi NTB dengan jadwal 2 kali seminggu sebanyak 164 pasien (Data rekam medik RSUDP NTB).

Sampel pada penelitian ini yaitu pasien hemodialisis yang memenuhi kriteria sebagai berikut.

Kriteria inklusi:

1. pasien dewasa produktif (20-55 tahun)
2. pasien yang menjalani hemodialisis ≤ 12 bulan
3. pasien dalam kondisi klinis stabil (kesadaran penuh GCS 456)
4. pasien kooperatif dan mampu berinteraksi dalam bahasa Indonesia

Kriteria eksklusi yaitu pasien mengalami kegawatan interdialisis (hipotensi, hipoglikemi, sesak napas).

Besar sampel dalam penelitian ini diestimasi dengan menggunakan rumus berikut (Nursalam, 2017).

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan:

- n : besar sampel
- N : besar populasi (164 pasien hemodialisis)
- z : nilai standar normal untuk $\alpha=0,05$ (1,96)
- p : proporsi masalah adaptasi pasien hemodialisis menurut Urquhart-second et al. (2016) sebesar 43%
- q : $1 - p$ ($1 - 0,43=0,57$)
- d : tingkat kesalahan ($d=0,05$)

$$n = \frac{164 \times 1,96^2 \times 0,43 \times 0,57}{0,05^2(164-1) + 1,96^2 \times 0,43 \times 0,57}$$

$$n = 114,9 \approx 115 \text{ sampel}$$

Jumlah sampel minimal yang diperlukan adalah 115 pasien. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *simple random sampling*. Sampel diambil dari Ruang Hemodialisis RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat sebagai wilayah dengan kerentanan kepatuhan yang rendah.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel penelitian

Variabel pada penelitian ini sebagai berikut.

1. Variabel bebas penelitian (variabel independen)

Variabel independen pada penelitian ini adalah *self care knowledge* (persepsi kontrol, harapan dan kepuasan hidup) serta *self care resource* internal (usia, lama menjalani hemodialisis, pendidikan, keterampilan koping) dan eksternal (status pekerjaan, tingkat pendapatan dan dukungan keluarga) serta *self care action* (otonom diri, kompetensi diri dan hubungan)

2. Variabel terikat penelitian (variabel dependen)

Variabel dependen pada penelitian ini adalah adaptasi pasien hemodialisis.

Variabel bebas

X ₁	<i>Self care knowledge</i>	X _{1,1} = persepsi kontrol X _{1,2} = persepsi harapan X _{1,3} = persepsi kepuasan hidup
X ₂	<i>Self care resources internal</i>	X _{2,1} = usia X _{2,2} = lama menjalani hemodialisis X _{2,3} = pendidikan X _{2,4} = keterampilan koping
X ₃	<i>Self care resources eksternal</i>	X _{3,1} = dukungan keluarga X _{3,2} = status pekerjaan X _{3,3} = tingkat pendapatan
X ₄	<i>Self care action</i>	X _{3,1} = kemandirian (<i>autonomy</i>) X _{3,2} = kompetensi (<i>competency</i>) X _{3,3} = keterhubungan (<i>relatedness</i>)

4.3.2 Definisi operasional

Tabel 4.1 Definisi operasional model adaptasi pasien hemodialisis berbasis teori *Modeling Role Modeling* di RSUD Provinsi NTB tahun 2018

Nama variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Variabel Independen					
<i>Self care knowledge</i>					
1. Persepsi kontrol	Keyakinan pasien dalam memiliki kendali atas perawatan diri tidak tergantung faktor eksternal	1. Internal 2. Eksternal (<i>chance & powerful others</i>)	Kuesioner <i>Health locus of control</i> (HLOC)	Ordinal	<i>Cut of point</i> dihitung dari nilai mean/median dan standar deviasi (SD) Rentang skor 8-14 1. Rendah = skor <10 2. Cukup = skor 10-12 3. Baik = >12
2. Persepsi harapan	Persepsi individu terhadap kemampuan untuk mendefinisikan tujuan dengan jelas, berinisiatif, dan mempertahankan motivasi untuk menggunakan berbagai strategi dalam mencapai tujuan	1. <i>Willpower</i> (kehendak) 2. Tujuan hidup (<i>goals</i>) 3. <i>Waypower</i> (jalan menuju tujuan yang diinginkan)	Kuesioner <i>Hearth Hope Scale</i> (HHS)	Ordinal	<i>Cut of point</i> dihitung dari nilai mean dan SD Rentang skor 12-18 1. Rendah = skor <16 2. Cukup = skor 16-18 3. Baik = >18

Nama variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
3. Persepsi kepuasan hidup	Persepsi individu tentang domain yang berperan dalam meningkatkan kualitas hidup	1. Tempat tinggal (<i>standard of living</i>) 2. Kesehatan (<i>health</i>) 3. hubungan (<i>relationship</i>) 4. keamanan (<i>safety</i>)	<i>Personal Wellbeing Index</i> (PWI)	Ordinal	<i>Cut of point</i> dihitung dari nilai mean dan SD Rentang skor 14-19 1. Tidak puas = skor <16 2. Cukup = skor 16-18 3. Puas = skor >18
<i>Self care resources</i> internal: sumber-sumber internal yang dapat dimobilisasi untuk adaptasi					
1. Usia	Lama hidup pasien hemodialisis sejak lahir hingga ulang tahun terakhir	Identitas diri pasien HD di KTP	Kuesioner karakteristik responden	Ordinal	Kategori usia berdasarkan Hurlock dalam Shaban (2017) 1. Dewasa awal = usia 20-40 tahun 2. Dewasa tengah = 41-55 tahun
2. Lama menjalani HD	Lama pasien dalam menjalani HD sejak pertama kali didiagnosis ESRD	Lama menjalani HD	Kuesioner karakteristik responden dan rekam medik	Ordinal	Kategori lama menjalani hemodialisis berdasarkan Barbosa <i>et al.</i> (2017). 1. 1-6 bulan 2. 7-12 bulan

Nama variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
3. Pendidikan	Tingkat pengetahuan responden yang dinilai berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Identitas diri pendidikan	Kuesioner karakteristik responden	Ordinal	Kategori berdasarkan Peraturan Pemerintah No. 17 tahun 2010 1. Pendidikan dasar 2. Pendidikan menengah 3. Pendidikan tinggi
4. Keterampilan koping	Cara yang dilakukan individu untuk mengatasi situasi yang dinilai sebagai tantangan atau ancaman	1. <i>Problem focused</i> 2. <i>Emotion focused</i>	<i>Coping Strategies Inventory Short Form (CSI-SF)</i>	Ordinal	<i>Cut of point</i> dihitung dari nilai mean/median dan SD Rentang skor 26-31 1. Rendah = skor < 29 2. Cukup = skor 29-30 3. Baik = skor >30
<i>Self care resources eskternal</i> : sumber-sumber eksternal yang dapat dimobilisasi untuk adaptasi					
5. Dukungan keluarga	Persepsi pasien penyakit ginjal mengenai bantuan yang diterima dan dirasakan dari seluruh anggota keluarga yang tinggal satu rumah dengan pasien penyakit ginjal	1. Dukungan informasional 2. Dukungan penilaian 3. Dukungan instrumental 4. Dukungan emosional	Kuesioner <i>perceived social support from family (PSS-Fa)</i>	Ordinal	<i>Cut of point</i> dihitung dari nilai mean/median dan SD Rentang skor 28-42 1. Rendah = skor <35 2. Cukup = skor 35-37 3. Baik = skor > 37

Nama variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
6. Status pekerjaan	Kegiatan yang biasa dilakukan pasien untuk mendapatkan penghasilan	Status bekerja	Kuesioner Burke/ Eakes	Nominal dan Ordinal	1. Tidak bekerja 2. Bekerja
3. Tingkat pendapatan	Total pendapatan perbulan dari semua sumber sebelum pengeluaran	Total pendapatan	Kuesioner karakteristik responden	Ordinal	Kategori pendapatan berdasarkan Upah Minimum Provinsi (UMP) NTB (Dinkes NTB 2018) 1. Rendah < Rp 1.825.000 2. Tinggi \geq Rp 1.825.000
<i>Self care action</i>	Persepsi tentang kemampuan diri pasien untuk bertindak atas kehendak sendiri				
1. Otonom diri (<i>autonomy</i>)	Kehendak pasien dalam mengendalikan kehidupannya sendiri	Pasien tidak terpengaruh atau merasa dikontrol orang lain	<i>Psychological basic needs scale</i>	Ordinal	<i>Cut of point</i> dihitung dari nilai mean/median dan SD Rentang skor 7-11 1. Rendah = skor <10 2. Cukup = skor 10-11 3. Baik = skor >11
2. Kompetensi (<i>competency</i>)	Pasien merasa efektif dan mampu dalam melakukan tugas	Pasien merasa efektif dalam	<i>Psychological basic needs scale</i>	Ordinal	<i>Cut of point</i> dihitung dari nilai mean/median dan SD Rentang skor 13-18 1. Rendah = skor < 16 2. Cukup = skor 16-17 3. Baik = > 17

Nama variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
3. Keterhubungan (<i>relatedness</i>)	Pasien merasa didukung dan diperhatikan oleh orang lain	Perasaan terhubung atau menjadi bagian dalam kehidupan sosial	<i>Psychological basic needs scale</i>	Ordinal	<i>Cut of point</i> dihitung dari nilai mean/median dan SD Rentang nilai 8-12 1. Rendah = skor <10 2. Cukup = skor 10-11 3. Baik = skor >11
Variabel dependen					
Adaptasi	Kemampuan menyesuaikan diri terhadap penyakit ginjal yang dialami	1. Persepsi kesehatan secara umum 2. Gejala 3. Dampak	Modifikasi kuesioner SF-12 <i>Health Survey</i>	Ordinal	<i>Cut of point</i> dihitung dari nilai mean/median dan SD Rentang nilai 25-41 1. Rendah = skor <10 2. Cukup = skor 30-33 3. Baik = skor >11

4.4 Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan angket pertanyaan tertutup dengan skala yang berbeda yang terdiri dari:

1. Karakteristik personal

Data karakteristik seperti usia, lama menjalani hemodialisis, tingkat pendidikan, pendapatan dan status pekerjaan.

2. Persepsi kontrol

Persepsi kontrol adalah pengetahuan/keyakinan tentang penguasaan diri dalam mengendalikan atau mempengaruhi gejala/penyakit yang dialami. Kuesioner ini mengadopsi *Health Locus of Control* (HLOC) dimensi internal (2 pernyataan) dan eksternal terdiri dari *chance* (2 pernyataan) dan *powerful others* (1 pernyataan) dengan skala *Likert*.

Nilai secara keseluruhan ditotal dengan rentang paling rendah 8 poin dan paling tinggi 14 poin. Pengkategorian persepsi kontrol dilakukan dengan *cut of point* dari hasil kuesioner. Berdasarkan hasil *cut of point* kategori persepsi kontrol dibagi menjadi 3 yaitu rendah, cukup dan baik.

Tabel 4.2 *Blueprint* variabel persepsi kontrol

No	Indikator	Item pernyataan
1	Internal	2, 5
2	Eksternal	
	a. <i>Chance</i>	3, 4
	b. <i>Powerful others</i>	1
	Total	5 item pernyataan

3. Persepsi harapan

Harapan adalah persepsi individu terhadap kemampuan untuk mendefinisikan dengan jelas, berinisiatif, dan mempertahankan motivasi untuk

menggunakan berbagai strategi untuk mencapai tujuan. Kuisisioner ini mengadopsi dari kuesioner *Herth Hope Index* (HHI) terdiri dari dimensi *willpower*, tujuan hidup (*goals*) dan *waypower* (jalan menuju tujuan yang diinginkan)

Nilai secara keseluruhan ditotal dengan rentang paling rendah 12 poin dan paling tinggi 18 poin. Pengkategorian harapan dilakukan dengan *cut of point* dari hasil kuesioner. Berdasarkan hasil *cut of point* kategori harapan akan dibagi menjadi 3 yaitu harapan rendah, cukup dan baik.

Tabel 4.3 *Blueprint* variabel persepsi harapan

No	Indikator	Item pernyataan
1.	<i>Goal</i> (mampu memiliki tujuan)	2, 3
2.	<i>Agency</i> (mampu menghadapi situasi sulit)	1, 5
3.	<i>Pathway</i> (yakini pada diri sendiri)	4
Total		5 item pernyataan

4. Kepuasan hidup

Kepuasan hidup adalah persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks sistem budaya dan nilai di mana mereka tinggal dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian mereka. Kuisisioner ini mengadopsi dari kuesioner *Personal Wellbeing Index* (PWI). Dimensi yang diukur adalah kepuasan pada tempat tinggal, kesehatan, hubungan interpersonal, kondusif dan kenyamanan sebagai bagian dari masyarakat

Nilai secara keseluruhan ditotal dengan rentang paling rendah 14 poin dan paling tinggi 19 poin. Pengkategorian kepuasan hidup dilakukan dengan *cut of*

point dari hasil kuesioner. Berdasarkan hasil *cut of point* kategori kepuasan akan dibagi menjadi 3 yaitu kepuasan tidak puas, cukup dan puas.

5. Keterampilan koping

Koping merupakan cara individu dalam mengatasi situasi yang dinilai sebagai tantangan atau ancaman. Kuesioner koping menggunakan *Coping Strategies Inventory Short Form* (CSI-SF) terdiri dari subskala *problem focused* dan *emotion focused*. Nilai secara keseluruhan ditotal dengan rentang paling rendah 26 poin dan paling tinggi 31 poin. Pengkategorian keterampilan koping dilakukan dengan *cut of point* dari hasil kuesioner. Berdasarkan hasil *cut of point* kategori keterampilan koping akan dibagi menjadi 3 yaitu koping rendah, cukup dan baik.

6. Dukungan keluarga

Kuesioner dukungan keluarga mengadopsi dari *Perceived Social Support from Family* (PSS-Fa) terdiri dari empat dimensi yaitu dukungan informasional, penilaian, instrumental dan emosional sebanyak 11 item. Nilai secara keseluruhan ditotal dengan rentang paling rendah 28 poin dan paling tinggi 42 poin. Pengkategorian dukungan keluarga dilakukan dengan *cut of point* dari hasil kuesioner. Berdasarkan hasil *cut of point* kategori dukungan keluarga akan dibagi menjadi 3 yaitu dukungan keluarga rendah, cukup dan baik.

Tabel 4.4 *Blueprint* variabel dukungan keluarga

No	Indikator	Item pernyataan
1.	Dukungan instrumental	1, 2, 3
2.	Dukungan informasional	4, 5
3.	Dukungan emosional	6, 7
4.	Dukungan penghargaan	8, 9, 10, 11
Total		11 pernyataan

7. Kuesioner *Self care action*

Self care action merupakan pernyataan yang mengukur persepsi tentang kemampuan diri pasien untuk bertindak atas kehendak sendiri disesuaikan dengan kebutuhan dan keinginan individu. Kuesioner ini menggunakan *Basic Psychological Need Scale* yang mengukur otonomi (*autonomy*) sebanyak 3 pernyataan, kompetensi (*competency*) 5 pernyataan dan keterhubungan (*relatedness*) sebanyak 3 pernyataan (Engger, 2015). Total keseluruhan pernyataan sebanyak 11 item.

Nilai secara keseluruhan ditotal dengan rentang minimal 13 poin dan maksimal 18 poin pada otonom, sedangkan kompetensi minimal 8 poin dan maksimal 12 poin serta *relatedness* minimal 25 dan maksimal 41. Pengkategorian *self care action* dilakukan dengan *cut of point* dari hasil kuesioner keseluruhan. Berdasarkan hasil *cut of point* kategori *self care action* dibagi menjadi 3 yaitu rendah, cukup dan baik.

Tabel 4.5 *Blueprint* variabel *self care action*

No	Indikator	Item pernyataan
1	Otonomi diri (<i>autonomy</i>)	1, 2, 3
2	Kompetensi diri (<i>competence</i>)	4, 5, 6, 7, 8
3	Keterhubungan (<i>relatedness</i>)	9, 10, 11
Total		11 item pernyataan

8. Adaptasi

Adaptasi merupakan kemampuan menyesuaikan diri terhadap penyakit ginjal yang dialami. Kuesioner ini menggunakan kuesioner SF-12 *Health Survey* yang mengukur komponen persepsi kesehatan secara umum (1 pernyataan), gejala yang dirasakan (1 pernyataan) dan dampak (10 pernyataan). Total keseluruhan pernyataan sebanyak 12 item dengan skala Guttman dan Likert..

Nilai secara keseluruhan ditotal dengan rentang paling rendah 25 poin dan paling tinggi 41 poin. Pengkategorian adaptasi dilakukan dengan *cut of point* dari hasil kuesioner keseluruhan. Berdasarkan hasil *cut of point* kategori adaptasi dibagi menjadi 3 yaitu rendah, cukup dan baik.

4.5 Uji Validitas Reliabilitas

1. Uji validitas

Sebelum melakukan penelitian, alat ukur berupa kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini diujicobakan dengan menyebarkan kuesioner kepada 10 responden bukan subyek penelitian dan memiliki karakteristik yang hampir sama dengan subyek penelitian yaitu pasien hemodialisis di RSUD Kota Mataram. Hasil uji coba kuesioner dianalisis validitasnya. Uji validitas dilakukan untuk melihat ketepatan dan keakuratan dalam mengukur yang seharusnya diukur di instrumen. Uji validitas dapat dilakukan dengan menggunakan uji Pearson's *Product Moment* dengan membandingkan r hitung dengan r tabel. Pada penelitian ini, r tabel yang digunakan yaitu 0,374 (0,05).

Instrumen untuk mengukur variabel dependen kualitas hidup dilakukan uji validitas dan dinyatakan 12 item valid dengan nilai *corrected item total correlation* antara 0,639-0,941 atau nilai signifikan dari 12 item $t \text{ tabel} \leq t \text{ hitung}$, dimana $t \text{ tabel}$ untuk 10 sampel dengan nilai α 5% adalah 0.444. Hasil ini menandakan bahwa kuesioner ini dapat mengukur dengan semestinya.

Instrumen untuk mengukur variabel persepsi kontrol dilakukan uji validitas dengan hasil nilai *corrected item total correlation* antara 0,793-0,980 atau nilai signifikan dari 5 item $t \text{ tabel} \leq t \text{ hitung}$, dimana $t \text{ tabel}$ untuk 10 sampel dengan nilai α 5% adalah 0.444. Hasil ini menandakan bahwa kuesioner ini dapat mengukur dengan semestinya.

Instrumen untuk mengukur variabel persepsi harapan dilakukan uji validitas dan dinyatakan 5 item valid dengan *corrected item total correlation* antara 0,639-0,978 atau nilai signifikan $t \text{ tabel} \leq t \text{ hitung}$, dimana $t \text{ tabel}$ untuk 10 sampel dengan nilai α 5% adalah 0.444. Hasil ini menandakan bahwa kuesioner ini dapat mengukur dengan semestinya.

Instrumen untuk mengukur variabel persepsi kepuasan hidup dilakukan uji validitas dan dinyatakan 5 item valid dengan nilai *corrected item total correlation* antara 0,657-0,829 atau nilai signifikan $t \text{ tabel} \leq t \text{ hitung}$, dimana $t \text{ tabel}$ untuk 10 sampel dengan nilai α 5% adalah 0.444. Hasil ini menandakan bahwa kuesioner ini dapat mengukur dengan semestinya.

Instrumen untuk mengukur variabel dukungan keluarga dilakukan uji validitas dan dinyatakan 11 item valid dengan nilai *corrected item total correlation* antara 0,460-0,923 atau nilai signifikan $t \text{ tabel} \leq t \text{ hitung}$, dimana t

tabel untuk 10 sampel dengan nilai α 5% adalah 0.444. Hasil ini menandakan bahwa kuesioner ini dapat mengukur dengan semestinya.

Instrumen untuk mengukur variabel keterampilan koping dilakukan uji validitas dan dinyatakan 8 item valid dengan nilai *corrected item total correlation* antara 0,460-0,923 atau nilai signifikan t tabel $\leq t$ hitung, dimana t tabel untuk 10 sampel dengan nilai α 5% adalah 0.444. Hasil ini menandakan bahwa kuesioner ini dapat mengukur dengan semestinya.

Instrumen untuk mengukur variabel *self care action* (indikator otonom, kompetensi dan *keterhubungan*) dilakukan uji validitas dan dinyatakan 11 item valid dengan nilai *corrected item total correlation* antara 0,460-0,923 atau nilai signifikan t tabel $\leq t$ hitung, dimana t tabel untuk 10 sampel dengan nilai α 5% adalah 0.444. Hasil ini menandakan bahwa kuesioner ini dapat mengukur dengan semestinya.

2. Uji reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan untuk melihat sejauh mana kemampuan suatu instrumen mempunyai kepercayaan, keandalan, konsistensi dan bias digunakan secara berulang-ulang. Uji reliabilitas terhadap instrumen dilakukan untuk mengetahui tingkat keajegan dari alat ukur. Pengujian reliabilitas instrumen penelitian dilakukan dengan menggunakan teknik *Cronbach's alpha*. Pertanyaan yang valid kemudian diuji reliabilitasnya. Aiken dalam Susila & Suyanto (2015), suatu instrumen dinyatakan reliabel jika nilai $r \geq 0,65$ atau jika nilai r hitung $> r$ tabel.

Tabel 4.6 Hasil uji reliabilitas kuesioner penelitian

Variabel	Alpha Cronbach	Kesimpulan
Persepsi kontrol	0,783	Reliabel
Persepsi harapan	0,773	Reliabel
Persepsi kepuasan hidup	0,778	Reliabel
Dukungan keluarga	0,788	Reliabel
Keterampilan coping	0,798	Reliabel
<i>Self care action</i>	0,783	Reliabel
Adaptasi	0.713	Reliabel

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2017). Tahapan penelitian mencakup tahap persiapan dan tahap pelaksanaan.

1. Tahap persiapan

Prosedur sebelum memulai pengumpulan data sebagai berikut.

- 1) Peneliti mengajukan uji laik etik terhadap proposal tesis yang telah disetujui oleh dewan penguji kepada Komisi Etik Penelitian RSUD Provinsi NTB.
- 2) Peneliti kemudian mengajukan surat permohonan izin penelitian kepada Direktur RSUD Provinsi NTB melalui Kepala bagian penelitian dan pengembangan (litbang). Setelah jawaban dari surat pengambilan data diterima, maka peneliti melakukan koordinasi dengan Kepala Ruang Hemodialisis RSUD Provinsi NTB untuk mendapatkan data lengkap pasien hemodialisis.

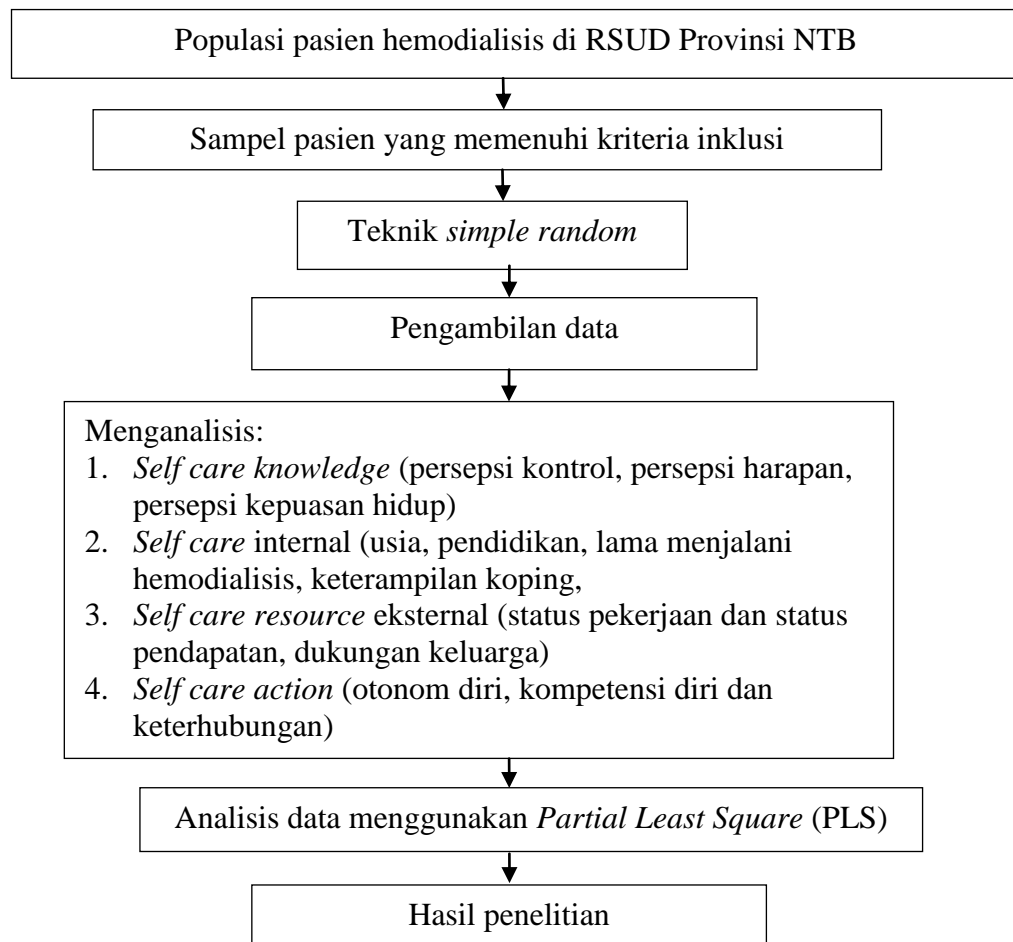
2. Tahap pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian ini sebagai berikut.

- 1) Peneliti membuat *sampling frame* sesuai daftar nama pasien hemodialisis. Peneliti memilih responden yang memenuhi kriteria inklusi dengan cara mengundi. Peneliti mengambil 115 pasien sebagai sampel dari 164 pasien yang ada di ruang hemodialisis.
- 2) Peneliti menemui pasien yang terpilih sebagai responden untuk menanyakan kesesuaian responden dengan kriteria inklusi yang telah dibuat. Peneliti melakukan pengundian ulang ketika ditemukan ada pasien yang tidak memenuhi kriteria penelitian.
- 3) Peneliti memberikan penjelasan terkait tujuan, manfaat, waktu penelitian, hak partisipan dan kontrak waktu proses penelitian serta permintaan kesediaan responden dalam penelitian dengan menggunakan lembar *informed consent*. Responden yang bersedia selanjutnya menandatangani lembar persetujuan sebagai responden.
- 4) Peneliti melakukan pengumpulan data dengan cara wawancara satu per satu dengan responden dengan menggunakan panduan kuesioner terdiri dari karakteristik klien, harapan, dukungan keluarga dan daya adaptasi. Proses pengambilan data pada setiap responden membutuhkan waktu kurang lebih 30 menit saat intradialisis.
- 5) Peneliti kemudian melakukan pengolahan dan analisis data untuk mendapatkan hasil penelitian.

4.7 Kerangka Operasional Penelitian

Langkah-langkah dalam penelitian sebagai berikut.



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian Perawatan Diri terhadap Adaptasi Pasien Hemodialisis di RSUD Provinsi NTB tahun 2018

4.8 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini sebagai berikut.

1. Analisis deskriptif

Analisis deskriptif yaitu suatu prosedur pengolahan data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik. Salah satu pengamatan yang dilakukan pada tahap analisis deskriptif

adalah pengamatan terhadap tabel frekuensi yang terdiri atas kolom-kolom yang memuat frekuensi dan persentase untuk setiap kategori (Nursalam, 2017). Variabel yang disajikan yaitu variabel persepsi kontrol, persepsi harapan, persepsi kepuasan hidup, usia, lama menjalani HD, keterampilan koping, status pekerjaan, pendapatan, dukungan keluarga dan daya adaptasi.

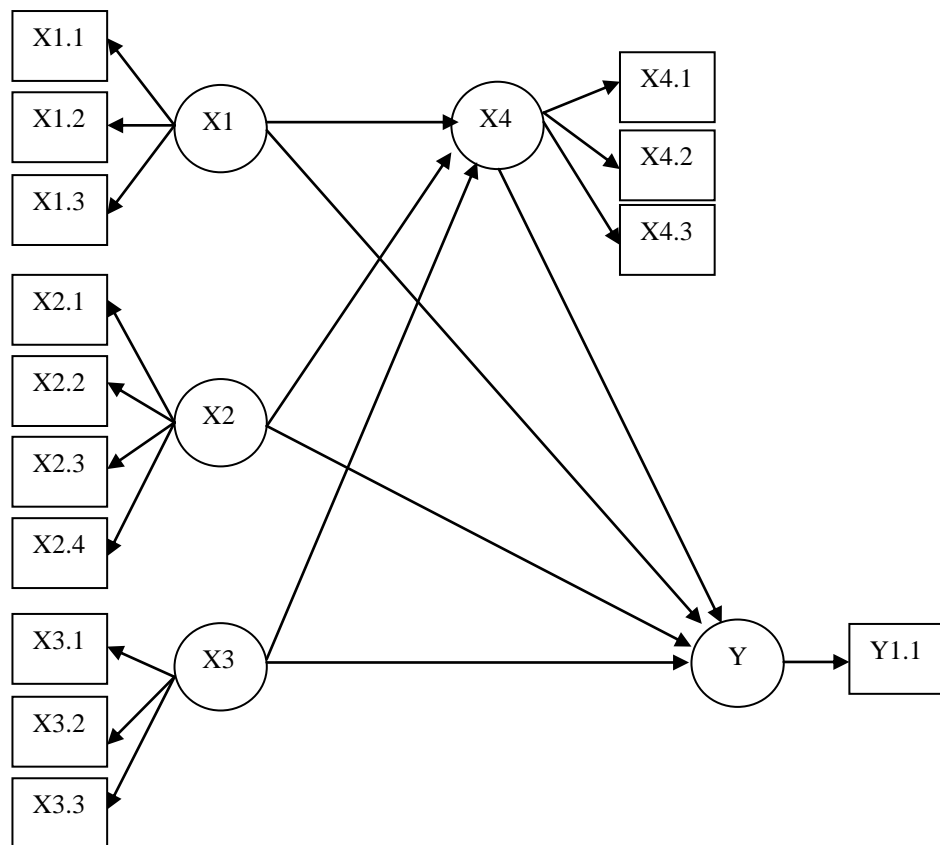
2. Analisis inferensial

Analisis inferensial digunakan untuk menguji hipotesis yang diusulkan dalam penelitian ini. Uji yang digunakan adalah *Partial Least Square* (PLS) yaitu salah satu teknik *Structural Equation Modeling* (SEM) dalam menganalisis variabel laten, variabel indikator dan kesalahan pengukuran secara langsung. PLS merupakan metode analisis yang *powerful* karena dapat diterapkan pada semua skala data, tidak banyak membutuhkan asumsi dan ukuran sampel tidak harus besar. Teknik ini untuk mengeksplorasi atau memperluas teori, selain itu PLS juga bertujuan mengidentifikasi variabel determinan utama atau memprediksi konstruk tertentu (Sholihin dan Ratmono 2013). Unit yang diteliti pada penelitian ini yaitu pasien hemodialisis di RSUD Provinsi NTB. Evaluasi model terdiri dari (Yamin 2014):

1. Evaluasi model pengukuran (*outer model*) dengan indikator reflektif. Evaluasi berdasar pada hasil validitas dan reliabilitas indikator.
 - 1) Validitas konvergen yaitu korelasi antara skor indikator reflektif dengan skor variabel latennya. Nilai *loading* faktor $\leq 0,5$ sampai 0,6 dianggap cukup untuk menyatakan indikator telah valid.

- 2) Validitas diskriminan yaitu nilai korelasi *cross loading* dengan variabel latennya harus lebih besar dibandingkan dengan korelasi terhadap variabel laten lain.
 - 3) *Composite reliability*: kelompok indikator yang mengukur sebuah variabel memiliki reliabilitas komposit yang baik jika memiliki nilai $\geq 0,7$, walaupun bukan indikator absolut.
2. Evaluasi model struktural (*inner model*)

Evaluasi *inner model* bertujuan mengetahui besarnya pengaruh atau hubungan kausalitas antar variabel-variabel di dalam penelitian yaitu dengan mendapatkan *R square* atau koefisien determinasi yang merupakan sebuah nilai yang menjelaskan ukuran kebaikan model atau besarnya pengaruh variabel-variabel bebas terhadap variabel terikat serta nilai Q2 atau relevansi prediksi. Apabila diperoleh nilai Q2 lebih dari 2 dan mendekati 1, hal tersebut dapat membuktikan bahwa model memiliki *predictive relevance* namun apabila diperoleh Q2 dibawah nol maka terbukti bahwa model tidak memiliki *predictive relevance*.



Gambar 4.2 Skema model adaptasi pasien hemodialisis di RSUD Provinsi NTB

3. Pengujian Hipotesis

Pengujian dilakukan dengan *t-test*, bila diperoleh *p-value* = 0,05 (*alpha* 5%) maka disimpulkan signifikan dan sebaliknya. Bilamana hasil pengujian hipotesis pada *outer* model signifikan, hal ini menunjukkan bahwa indikator dipandang dapat digunakan sebagai instrumen pengukur variabel laten. Sedangkan apabila hasil pengujian pada *inner* model adalah signifikan, maka dapat dikatakan bahwa terdapat pengaruh yang bermakna variabel laten terhadap variabel laten lainnya.

4.9 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang Hemodialisis RSUD Provinsi NTB. Pengambilan data dilakukan pada bulan Juni dan Juli 2018.

4.10 Etika Penelitian

Proses etik penelitian dilaksanakan di RSUD Provinsi NTB pada tanggal 5 Juni 2018 nomor 070.1/19/KEP/2018 dengan berpedoman pada prinsip etik sebagai bentuk rasa tanggung jawab terhadap upaya untuk mengenal dan mempertahankan hak asasi manusia sebagai bagian dari sebuah penelitian. Peneliti dalam melakukan penelitian ini, melibatkan pasien sebagai responden harus memperhatikan prinsip etik penelitian yaitu prinsip hak asasi manusia yang merujuk pada beberapa aspek, yaitu :

1) Prinsip adil (*justice*)

Keterlibatan responden dalam penelitian ini berdasarkan pemilihan yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Semua responden diperlakukan sama dan adil pada setiap tahapan penelitian dan memiliki hak yang sama untuk berpartisipasi atau menolak menjadi responden penelitian tanpa dikenakan sanksi apapun. Peneliti memberikan buku modul tentang adaptasi, serta memberikan souvenir karena telah berpartisipasi dalam penelitian ini

2) Manfaat (*beneficience* dan *nonmaleficience*)

Peneliti mengupayakan semaksimal mungkin manfaat bagi responden dan kerugian yang minimal. Peneliti juga memperhatikan beberapa hal, yaitu : 1) meminimalkan risiko penelitian dan peneliti menjamin bahwa proses

pengambilan data yang dilakukan tidak menimbulkan kondisi yang berisiko bagi responden, 2) desain penelitian telah dirancang sedemikian rupa dengan mematuhi persyaratan ilmiah dan berdasarkan referensi terkait, 3) peneliti memberikan kesempatan kepada klien untuk memutuskan apakah melanjutkan proses penelitian atau tidak.

3) *Hormat (respect for human dignity)*

Peneliti menghormati harkat martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusan sendiri. Jika klien bersedia mengikuti penelitian maka dapat menandatangani lembar *informed consent*.

4) *Otonomy and freedom*

Responden memiliki otonomi dan kebebasan menentukan pilihan untuk mengikuti penelitian atau tidak, tanpa paksaan, dan bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusan sendiri. Otonomi responden sangat diprioritaskan selama proses pengumpulan data.

5) *Veracity and fidelity*

Prinsip *veracity* berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Kebenaran adalah dasar dalam membangun hubungan saling percaya. Peneliti memberikan informasi yang sebenarnya tentang proses pelaksanaan penelitian kepada klien sehingga terbina hubungan baik antara klien, keluarga dan peneliti sehingga penelitian dapat berjalan dengan lancar sesuai dengan tujuan penelitian. Menjunjung tinggi

komitmen yang telah disepakati bersama dengan responden terkait dengan waktu pelaksanaan penelitian.

6) *Confidentiality*

Peneliti harus menjaga kerahasiaan data yang diperoleh dari responden dan tidak menyampaikan kepada orang lain. Identitas responden dibuat kode atau inisial, hasil pengukuran hanya diketahui oleh peneliti. Selama proses pengolahan data, analisis dan publikasi identitas responden tetap dijaga kerahasiaanya.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian dengan judul “Model adaptasi pasien hemodialisis”. Hasil penelitian ini meliputi gambaran umum lokasi penelitian, deskripsi karakteristik responden penelitian, deskripsi variabel penelitian dan hasil uji inferensial.

5.1 Gambaran umum RSUD Provinsi NTB

RSUD Provinsi NTB adalah Rumah Sakit Tipe B Pendidikan milik Pemerintah Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat. Berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Kepala Daerah Tingkat 1 Nusa Tenggara Barat Nomor 448/Pem.47/5/151 tanggal 5 November 1969, status Rumah Sakit Umum Mataram yang pengelolaannya di bawah Pemerintah Kabupaten Lombok Barat diubah menjadi milik dan pengelolaannya dibawah Pemerintah Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat. RSUD Provinsi NTB memiliki visi menjadi Rumah Sakit Rujukan yang unggul dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian di Indonesia Timur. Beberapa misi yang dilaksanakan seperti meningkatkan kelancaran dan kemudahan pelayanan asuhan keperawatan yang komprehensif, dan mengembangkan ketersediaan, kemampuan dan keterampilan tenaga medis/non medis.

Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB menyiapkan penatalaksanaan terapi penggantian fungsi ginjal berupa hemodialisis di ruang HD yang memiliki kapasitas mesin hemodialisis sebanyak 36 unit, 2 diantaranya merupakan mesin

khusus pasien HIV positif dan HbsAg positif, sedangkan 4 unit lainnya khusus bagi pasien VIP. Pelayanan HD diberikan kepada pasien hemodialisis rutin, pasien rumah sakit lain, maupun pasien travelling. RSUD Provinsi NTB belum memiliki penatalaksanaan pengganti ginjal berupa CAPD, namun di dalam Ruang HD tersedia 1 kamar steril untuk penggantian transferset bagi pasien CAPD. Ruang HD RSUD Provinsi NTB memiliki tenaga keperawatan sebanyak 12 orang perawat, 1 orang teknisi dan 1 orang koordinator ruangan HD. Layanan HD diberikan sebanyak 2 shift dan dapat melayani tindakan HD sebanyak 45-80 pasien dalam satu hari. Perawat HD berperan sebagai edukator bagi pasien hemodialisis selain sebagai *care giver*, sedangkan peran perawat sebagai konselor dalam mengatasi masalah psikologis yang dialami oleh pasien dengan hemodialisis belum dapat dilaksanakan dengan baik. Hal ini dikarenakan tidak adanya tenaga psikolog, keterbatasan waktu dan tenaga keperawatan dalam menangani pasien hemodialisis. Tindakan standar yang telah dilakukan selama ini oleh perawat HD di ruangan yaitu memberi edukasi tentang pengertian, manfaat, efek samping serta pengaturan diet makanan dan minuman bagi pasien HD bekerjasama dengan ahli gizi. Ruangan HD sendiri belum memiliki SOP (Standar Operasional Prosedur) dalam pelaksanaan konseling bagi pasien ESRD dengan hemodialisis.

5.2 Deskripsi Variabel Penelitian

Bagian ini menyajikan gambaran variabel independen yaitu *self care knowledge*, *self care resources* internal, *self care resources* eksternal, *self care action* dan adaptasi.

5.2.1 *Self care knowledge*

Self care knowledge (pengetahuan perawatan diri) terdiri dari persepsi kontrol, harapan dan kepuasan hidup dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi *self care knowledge* responden di RSUD Provinsi NTB bulan Juni-Juli 2018

Variabel	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
Persepsi kontrol		
Baik	28	24,3%
Cukup	69	60%
Kurang	18	15,7%
Total	115	100%
Persepsi harapan		
Baik	33	28,7%
Cukup	66	57,4%
Kurang	16	13,9%
Total	115	100%
Persepsi kepuasan hidup		
Puas	32	27,8%
Cukup	69	60%
Kurang	14	12,2%
Total	115	100%

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden (60%) memiliki persepsi kontrol pada kategori cukup yang berarti responden sebagian besar memiliki keyakinan bahwa kondisi kesehatan merupakan hasil dari perilaku individu sendiri.

Persepsi harapan sebagian besar responden (57,4%) berada pada kategori cukup yang berarti bahwa sebagian besar memiliki persepsi akan kemampuan diri

dalam mendefinisikan tujuan dengan jelas dan mempertahankan motivasi untuk menggunakan berbagai strategi dalam mencapai tujuan.

Persepsi kepuasan hidup sebagian besar responden (60%) berada pada kategori cukup puas secara subjektif dalam hal tempat tinggal, kesehatan, keselamatan dan komunitas.

5.2.2 *Self care resources internal*

Self care resources (sumber perawatan diri) internal terdiri dari usia, lama menjalani hemodialisis, pendidikan, keterampilan coping dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi *self care resources* internal responden di RSUD Provinsi NTB bulan Juni-Juli 2018

No.	Variabel	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1.	Usia		
	20-40 (dewasa awal)	28	24,3%
	41-55 (dewasa tengah)	87	75,7%
	Total	115	100%
2.	Lama menjalani hemodialisis		
	1-6 bulan	67	58,3%
	7-12 bulan	48	41,7%
	Total	115	100%
3.	Pendidikan		
	Pendidikan dasar	6	5,2%
	Pendidikan menengah	94	81,7%
	Perguruan tinggi	15	13%
	Total	115	100%
4	Keterampilan coping		
	Baik	31	27%
	Cukup	70	60,9%
	Kurang	14	12,2%
	Total	115	100%

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden (75,7%) berusia dewasa tengah. Dilihat dari lama hemodialisis, sebagian besar responden

(58,3%) menjalani hemodialisis 1-6 bulan, sedangkan berdasarkan pendidikan paling banyak (81,7%) ditemukan responden berpendidikan menengah.

Indikator keterampilan digambarkan bahwa sebagian besar (60,9%) responden memiliki berada pada kategori cukup dalam hal cara yang dilakukan individu untuk mengatasi situasi yang dinilai sebagai tantangan atau ancaman.

5.2.3 *Self care resources* eksternal

Self care resources (sumber perawatan diri) eksternal terdiri dari dukungan keluarga, status pekerjaan dan pendapatan.

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi *self care resources* eksternal responden di RSUD Provinsi NTB bulan Juni-Juli 2018

No.	Variabel	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1.	Dukungan keluarga		
	Baik	34	29,6%
	Cukup	65	56,5%
	Kurang	16	13,9%
	Total	115	100%
2.	Status pekerjaan		
	Bekerja	54	46,6%
	Tidak bekerja	61	52,6%
	Total	115	100%
3.	Pendapatan		
	≤ Rp 1.825.000	70	60,9%
	> Rp 1.825.000	45	39,1%
	Total	115	100%

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden (56,5%) menerima dukungan dari keluarga pada kategori cukup dalam hal informasi, penghargaan, instrumental dan emosional.

Karakteristik pekerjaan responden sebagian besarnya adalah tidak bekerja (52,6%), sedangkan dilihat dari pendapatan responden sebagian besar (60,9%) kurang dari UMP NTB sebesar Rp 1.825.000.

5.2.4 *Self care action*

Self care action terdiri dari otonom (*autonomy*), kompetensi (*competence*) dan keterhubungan (*relatedness*) dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi *self care action* responden di RSUD Provinsi NTB bulan Juni-Juli 2018

No.	Variabel	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1.	Otonom diri		
	Baik	30	26,1%
	Cukup	70	60,9%
	Kurang	15	13%
	Total	115	100%
2.	Kompetensi diri		
	Baik	28	24,3%
	Cukup	69	60%
	Kurang	17	14,8%
	Total	115	100%
3.	Keterhubungan		
	Baik	28	24,3%
	Cukup	74	64,3%
	Kurang	13	11,3%
	Total	115	100%

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki *self care action*, kompetensi dan keterhubungan kategori cukup. Responden memiliki kehendak sendiri dalam menjalani cuci darah, mampu mengevaluasi kondisi diri dan memiliki kebutuhan untuk berinteraksi dan peka terhadap sekitar.

5.2.5 Adaptasi

Kemampuan adaptasi digolongkan menjadi tiga kategori yaitu baik cukup kurang yang dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi adaptasi responden di RSUD Provinsi NTB pada bulan Juni-Juli 2018

Variabel	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
Adaptasi		
Baik	28	24,3%
Cukup	81	70,4%
Kurang	6	5,2%
Total	115	100%

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden (70,4%) memiliki tingkat adaptasi pada kategori cukup dalam hal persepsi kondisi kesehatan secara umum dibandingkan tahun sebelumnya. Beberapa gejala yang dirasakan seperti kelemahan, penurunan berat badan, sesak, pusing, mual, muntah, gatal-gatal, kram otot dan nyeri sendi, serta dampak yang dirasakan dari penyakit ginjal pada aktivitas sosial, pola tidur, pembatasan makanan dan minuman, kemampuan untuk bekerja dan melakukan perjalanan, ketergantungan baik dengan alat hemodialisis maupun tenaga kesehatan.

5.2.6 Tabulasi silang

Berikut ini tabulasi silang variabel *self care knowledge*, *self care resources* internal, *self care resources* eksternal, *self care action* dan adaptasi.

Tabel 5.6 Tabulasi silang seluruh variabel dan adaptasi responden di RSUD Provinsi NTB pada bulan Juni-Juli 2018

Variabel	Tingkat Adaptasi							
	Baik		Cukup		Kurang		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
<i>Self care knowledge</i>								
Persepsi kontrol								
Baik	22	78,6%	5	17,9%	1	3,6%	28	100%
Cukup	6	8,7%	59	85,5%	4	5,8%	69	100%
Kurang	5	27,8%	4	22,2%	9	50%	18	100%
Persepsi harapan								
Baik	26	78,8%	6	18,2%	1	3%	33	100%
Cukup	5	7,6%	57	86,4%	4	6,1%	66	100%
Kurang	2	12,5%	5	31,2%	9	56,2%	16	100%
Kepuasan hidup								
Puas	22	68,8%	6	18,8%	4	12,5%	32	100%
Cukup puas	9	13%	56	81,2%	4	5,8%	69	100%
Kurang	2	14,3%	6	42,9%	6	42,9%	14	100%
<i>Self care resources internal</i>								
Usia								
20-40 (dewasa awal)	13	46,4%	13	46,4%	2	7,1%	28	100%
41-55 (dewasa tengah)	20	23%	55	63,2%	12	13,8%	87	100%
Lama HD								
1-6 bulan	17	25,4%	41	61,2%	9	13,4%	67	100%
7-12 bulan	16	33,3%	27	56,2%	5	10,4%	48	100%
Pendidikan								
Pendidikan dasar	3	50%	3	50%	0	0%	6	100%
Pendidikan menengah	27	28,7%	54	57,4%	13	13,8%	94	100%
Perguruan Tinggi	3	20%	11	73,3%	1	6,7%	15	100%
Keterampilan koping								
Baik	21	67,7%	8	25,8%	2	6,5%	31	100%
Cukup	10	14,3%	53	75,7%	7	10%	70	100%
Kurang	2	14,3%	7	50%	5	35,7%	14	100%
<i>Self care resources eksternal</i>								
Dukungan keluarga								
Baik	27	79,4%	6	17,6%	1	2,9%	34	100%
Cukup	4	6,2%	60	92,3%	1	1,5%	65	100%
Kurang	2	12,5	2	12,5%	12	75%	16	100%
Status pekerjaan								
Bekerja	18	33,3%	33	61,1%	3	5,6%	54	100%
Tidak bekerja	15	24,6%	35	57,4%	11	18%	61	100%
Pendapatan								
< Rp 1.825.000	22	31,4%	40	57,1%	8	11,4%	70	100%
> Rp 1.825.000	11	24,4%	28	62,2%	6	13,3%	45	100%

Variabel	Tingkat Adaptasi							
	Baik		Cukup		Kurang		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
<i>Self care action</i>								
Otonom diri								
Baik	25	83,3%	4	13,3%	1	3,3%	30	100%
Cukup	6	8,6%	58	82,9%	6	8,6%	70	100%
Kurang	2	13,3%	6	40%	7	46,7%	15	100%
Kompetensi diri								
Baik	24	85,7%	3	10,7%	1	5,3%	28	100%
Cukup	7	10,1%	57	82,6%	5	0%	69	100%
Kurang	2	11,8%	7	41,2%	8	19%	17	100%
Keterhubungan								
Baik	18	64,3%	7	25%	3	10,7%	28	100%
Cukup	11	14,9%	57	77%	6	8,1%	74	100%
Kurang	4	30,8%	4	30,8%	5	38,5%	13	100%

Tabel silang di atas menunjukkan bahwa responden terbanyak ditemukan memiliki adaptasi cukup dengan persepsi kontrol cukup (85,5%). Data persepsi harapan menunjukkan responden terbanyak ditemukan pada kategori cukup (86,4%). Persepsi kepuasan hidup pada tabel di atas menunjukkan bahwa terbanyak ditemukan responden yang tingkat adaptasi cukup memiliki kepuasan hidup dalam kategori puas (81,2%).

Tabel di atas menunjukkan bahwa berdasarkan usia ditemukan terbanyak adaptasi cukup pada responden berusia dewasa tengah (63,2%). Karakteristik responden berikutnya yaitu lama menjalani hemodialisis. Responden terbanyak ditemukan memiliki adaptasi yang cukup pada responden yang menjalani hemodialisis 7-12 bulan (56,2%). Tingkat adaptasi berdasarkan pendidikan yaitu responden yang memiliki adaptasi yang cukup berada pada pendidikan perguruan tinggi (73,3%). Keterampilan coping pada tabel di atas menunjukkan bahwa

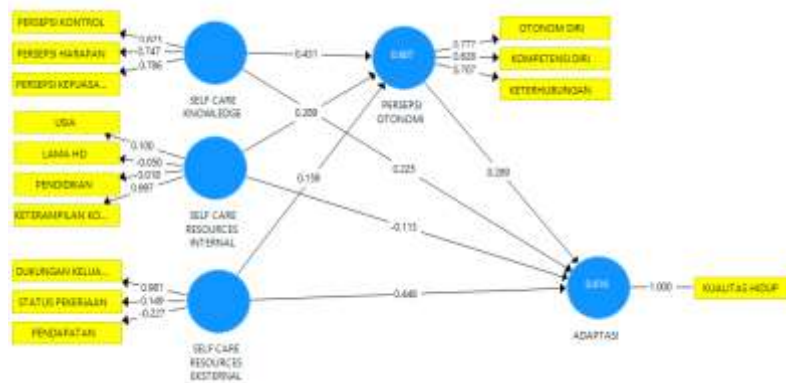
terbanyak ditemukan responden yang adaptasinya cukup berada pada keterampilan coping yang cukup (75,7%).

Variabel dukungan keluarga pada tabel di atas menunjukkan bahwa ditemukan terbanyak pada responden adaptasi cukup dengan dukungan keluarga cukup (92,3%). Sedangkan indikator status pekerjaan menunjukkan bahwa terbanyak pada responden adaptasi cukup dengan status bekerja (61,1%). Indikator pendapatan pada tabel di atas menunjukkan bahwa ditemukan terbanyak pada responden adaptasi cukup dengan pendapatan lebih dari UMP Rp 1.825.000 (62,2%).

Tabel di atas menunjukkan bahwa pada indikator otonom terbanyak ditemukan adaptasi baik dengan otonom diri yang baik (83,3%). Begitu pula indikator kompetensi diri terbanyak ditemukan adaptasi terbanyak (85,7%), sedangkan keterhubungan ditemukan terbanyak adaptasi cukup pada kategori keterhubungan pada kategori baik sebesar 77%.

5.3 Hasil Penelitian Analisis Inferensial

5.3.1 Pengujian *measurement model (outer model)*



Gambar 5.1 *Measurement model (outer model)* pada model adaptasi pasien hemodialisis di RSUD Provinsi NTB

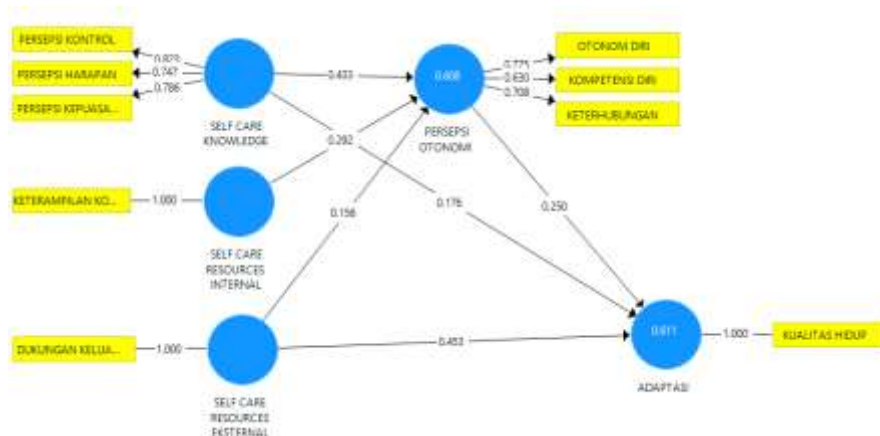
Tahap ini menampilkan gambaran hasil pengujian PLS tahap *measurement model (outer model)* pada variabel *self care knowledge* terdiri dari persepsi kontrol, persepsi harapan dan persepsi kepuasan hidup; variabel *self care resource internal* terdiri dari usia, lama menjalani hemodialisis, pendidikan dan keterampilan coping; variabel *self care resource eksternal* terdiri dari status pekerjaan, tingkat pendapatan dan dukungan keluarga; dan variabel *self care action* terdiri dari otonom diri (*autonomy*), kompetensi diri (*competence*) dan keterhubungan (*relatedness*); serta variabel adaptasi.

Hasil perhitungan *measurement model* pada masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.7 Perhitungan *measurement model (outer model)* pada Model adaptasi pasien hemodialisis di RSUD Provinsi NTB

Variabel	Sub Variabel	Loading factor	Keterangan
<i>Self care knowledge</i>	Persepsi kontrol	0,823	Valid
	Persepsi harapan	0,747	Valid
	Persepsi kepuasan hidup	0,786	Valid
<i>Self care resource internal</i>	Usia	0,100	Tidak valid
	Lama menjalani HD	-0,050	Tidak valid
	Pendidikan	0,018	Tidak valid
	Keterampilan koping	0,997	Valid
<i>Self care resource eksternal</i>	Dukungan keluarga	0,981	Valid
	Status pekerjaan	0,149	Tidak valid
	Tingkat pendapatan	-0,227	Tidak valid
<i>Self care action</i>	Otonom diri	0,777	Valid
	Kompetensi diri	0,628	Valid
	Keterhubungan	0,707	Valid
Adaptasi		1,000	Valid

Hasil perhitungan tabel di atas menunjukkan sub variabel usia, lama menjalani HD, pendidikan, status pekerjaan dan pendapatan memiliki faktor *loading* <0,5. Subvariabel tersebut dihapus dari model ini.

Gambar 5.2 *Measurement model (outer model)* tahap 2 pada model adaptasi pasien hemodialisis di RSUD Provinsi NTB

Gambar di atas menunjukkan nilai *outer loading* untuk semua variabel yang sudah valid. Nilai hasil uji PLS *outer loading* dari indikator variabel laten yang sudah valid dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.8 Perhitungan *measurement model (outer model)* tahap 2 pada Model adaptasi pasien hemodialisis di RSUD Provinsi NTB

Variabel	Sub Variabel	Loading factor	Keterangan
<i>Self care knowledge</i>	Persepsi kontrol	0,823	Valid
	Persepsi harapan	0,747	Valid
	Persepsi kepuasan hidup	0,786	Valid
<i>Self care resource internal</i>	Keterampilan coping	1,000	Valid
<i>Self care resource eksternal</i>	Dukungan keluarga	1,000	Valid
<i>Self care action</i>	Otonom diri	0,775	Valid
	Kompetensi diri	0,630	Valid
	Keterhubungan	0,708	Valid
Adaptasi		1,000	Valid

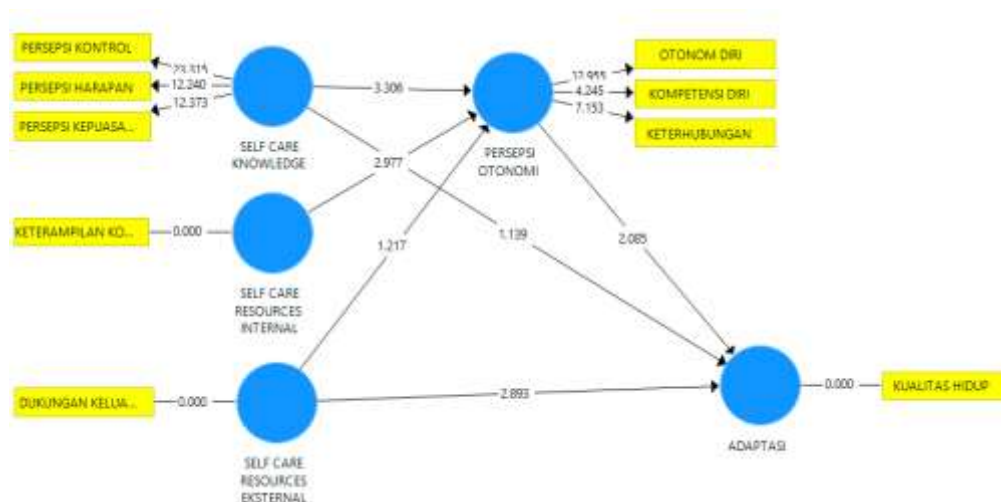
Uji reliabilitas konstruk diuji menggunakan *smartPLS* memiliki aturan bahwa konstruk yang digunakan memiliki nilai *composite reliability* >0.7 dan nilai *cronbach's alpha* >0.6 . Peneliti menggunakan nilai *cronbach alpha* atau *composite reliability* untuk melihat reliabilitas konstruk. Namun nilai *cronbach's alpha* kurang memenuhi, kategori *reliable* didapatkan dari nilai *Composite Reliability* (Yamin 2014). Nilai hasil uji *composite reliability* dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.26 Hasil uji reliabilitas model adaptasi pasien hemodialisis di RSUD Provinsi NTB

No	Variabel	Composite Reliability	Cronbach's Alpha	AVE (Average Variance Extracted)	Keterangan
1.	Self care knowledge	0,690	0,693	0,829	Reliable
2.	Self care resources internal	1,000	1,000	1,000	Reliable
3.	Self care resources eksternal	1,000	1,000	1,000	Reliable
4.	Self care action	0,748	0,500	0,499	Reliable
5.	Adaptasi	1,000	1,000	1,000	Reliable

Hasil uji PLS dengan melihat nilai *composite reliability* didapatkan sebagian besar variabel adalah reliabel yang berarti semua variabel ini dapat menjadi variabel konstruk untuk model adaptasi pasien hemodialisis.

5.3.2 Pengujian model struktural (*inner model*)

Gambar 5.3 Measurement model (*inner model*)

Tahap pengujian struktural memiliki tujuan mengetahui adanya pengaruh variabel. Pengujian ini menggunakan perbandingan uji t (*t-test*), apabila nilai t hitung lebih besar dari t tabel, *t-value* >1,96 berarti pengujian signifikan.

Tabel 5.9 Hasil perhitungan uji t pada model adaptasi pasien hemodialisis di RSUD Provinsi NTB

Hubungan antar variabel	<i>Original sample</i>	<i>Sample mean</i>	<i>Standard Deviation (STDEV)</i>	<i>t statistic</i>
Faktor <i>self care knowledge</i> → <i>self care action</i>	0,433	0,463	0,133	3,306
Faktor <i>self care resource</i> internal → <i>self care action</i>	0,292	0,259	0,100	2,977
Faktor <i>self care resource</i> eksternal → <i>self care action</i>	0,156	0,163	0,124	1,217
<i>Self care action</i> → adaptasi	0,250	0,264	0,113	2,085
<i>Self care knowledge</i> → adaptasi	0,176	0,186	0,155	1,139
<i>Self care resources</i> eksternal → adaptasi	0,453	0,427	0,144	2,893

Berdasarkan tabel di atas didapatkan:

- 1) *Self care knowledge* berpengaruh terhadap *self care action* dengan nilai koefisien parameter sebesar 0,433 dan nilai $t=3,306 > 1,96$
- 2) *Self care resource* internal berpengaruh terhadap *self care action* dengan nilai koefisien parameter sebesar 0,292 dan nilai $t=2,910 > 1,96$
- 3) *Self care resource* eksternal tidak berpengaruh terhadap *self care action* dengan nilai koefisien parameter sebesar 0,156 dan nilai $t=1,260 < 1,96$
- 4) *Self care action* berpengaruh terhadap adaptasi dengan nilai koefisien parameter sebesar 0,250 dan nilai $t=2,206 > 1,96$
- 5) *Self care knowledge* tidak berpengaruh terhadap adaptasi dengan nilai koefisien parameter sebesar 0,176 dan nilai $t=1,135 < 1,96$

- 6) *Self care resources* eksternal berpengaruh terhadap adaptasi dengan nilai koefisien parameter sebesar 0,453 dan nilai $t=3,136 > 1,96$.

Besarnya pengaruh hubungan antar konstruk atau variabel laten yang dihipotesiskan ditunjukkan oleh nilai koefisien jalurnya, dari empat hipotesis yang diajukan, faktor *self care resources* eksternal memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap adaptasi dengan koefisien jalur (0,453).

Untuk memvalidasi model struktural secara keseluruhan digunakan *Goodness of Fit* (GOF). GOF indeks merupakan ukuran tunggal untuk memvalidasi performa gabungan antara model pengukuran dan model struktural. *Goodness of fit* pada model penelitian ini diukur menggunakan *Q-Square predictive relevance*.

Rumus Q-Square:

$$Q^2 = 1 - (1 - R^2) (1 - R_2^2) \dots (1 - R_p^2)$$

$$Q^2 = 1 - (1 - 0,611)(1 - 0,608)$$

$$Q^2 = 1 - (0,152)$$

$$Q^2 = 0,85$$

Nilai *Goodness of fit* (GOF) terbentang antara 0 sd 1 dengan interpretasi nilai-nilai : 0,1 (GOF kecil), 0,25 (GOF moderat), dan 0,36 (GOF baik). Nilai GOF pada model penelitian ini $0,85 > 0,36$ artinya model adaptasi pasien hemodialisis memiliki prediksi baik apabila dilanjutkan atau dilakukan penelitian tahap ke 2 (menguji efektivitas model) di lokasi penelitian.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bagian ini menjelaskan pembahasan dari pengujian hipotesis yaitu pengaruh *self care knowledge* terdiri dari persepsi kontrol dan persepsi harapan terhadap adaptasi, *self care resource* internal yaitu usia, *self care resource* eksternal terdiri dari status pekerjaan dan pendapatan serta *self care action* terdiri dari persepsi otonom diri, kompetensi diri dan keterhubungan.

6.1 Pengaruh *self care knowledge* terhadap *self care action*

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hipotesis pengaruh *self care knowledge* (pengetahuan perawatan diri) terhadap *self care action* pasien hemodialisis menunjukkan ada pengaruh yang signifikan. Hasil uji PLS *outer loading* menunjukkan bahwa semua indikator *self care knowledge* terdiri dari persepsi kontrol, persepsi harapan dan persepsi kepuasan hidup termasuk valid.

Faktor pengetahuan perawatan diri yang mempengaruhi tindakan adalah persepsi kontrol dan harapan. Persepsi kontrol dan persepsi harapan pada penelitian ini sebagian besar dalam kategori cukup dan memiliki tingkat adaptasi juga dalam kategori cukup. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat persepsi kontrol dan harapan maka semakin tinggi pula tingkat adaptasi yang dimiliki pasien hemodialisis.

Penelitian Howren, Cozad dan Christensen (2016) menjelaskan hal yang sama yang ditemukan dalam penelitian ini, responden yang memiliki persepsi kontrol yang tinggi memiliki adaptasi yang baik. Hubungan persepsi kontrol dengan

kepatuhan hemodialisis telah diidentifikasi dalam banyak penelitian. Individu yang memiliki persepsi kontrol yang rendah dihubungkan dengan peningkatan risiko ketidakpatuhan. Penelitian Setiawan dan Sumaryanti (2018) menjelaskan bahwa persepsi kontrol mempengaruhi perilaku individu itu sendiri yang berhubungan dengan kesehatan, termasuk perilaku kesehatan yang beresiko dan kepatuhan terhadap anjuran perawatan kesehatan. Pasien yang memegang keyakinan bahwa kondisi kesehatan merupakan hasil dari perilaku individu biasanya patuh pada regimen pengobatan dengan perawatan diri merupakan kunci kesehatan yang optimal.

Self care action dalam teori *Modeling Role Modeling* (Baas 2004) merupakan kemampuan individu untuk memobilisasi sumber kekuatan dalam menghadapi stress karena masalah kesehatan yang dihadapi. *Self care knowledge* atau pengetahuan merupakan salah satu determinan pada tindakan perawatan diri. *Self care knowledge* merupakan apa yang diketahui individu tentang penyebab penyakit serta apa yang dibutuhkan untuk mengembalikan kondisi sehat.

6.2 Pengaruh *self care resources* internal terhadap *self care action*

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hipotesis pengaruh *self care resources* internal terhadap *self care action* menunjukkan ada pengaruh yang signifikan. *Self care resources* internal terdiri dari usia, lama menjalani hemodialisis, pendidikan dan keterampilan coping. Hasil Uji PLS *outer loading* menunjukkan bahwa indikator pembentuk *self care resources* internal sebagian besar tidak valid.

Indikator yang tidak dapat membentuk *self care resources* internal adalah usia, lama HD dan pendidikan.

Hasil tersebut diketahui berbeda dengan teori dasar yang digunakan dalam model penelitian ini, namun demikian hasil tersebut masih sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Barberis *et al.* (2017) & Barbosa *et al.* (2017) yang menjelaskan bahwa lama menjalani dialisis tidak memiliki pengaruh yang signifikan pada kesehatan fisik dan mental. Penelitian Barberis *et al.* (2017) menemukan bahwa terdapat hubungan antara usia dan adaptasi fisik, dan juga berpengaruh signifikan terhadap adaptasi psikologis. Usia merupakan salah satu faktor resiko adaptasi pasien hemodialisis, karena adaptasi fisik umumnya menurun pada lansia. Selanjutnya dengan penuaan, komorbiditas lain juga akan memperburuk kondisi ginjal.

Menurut Hegner dan Caldwell (1994), manusia berubah dari satu tingkat perkembangan ke tingkat berikutnya seiring bertambahnya usia melalui proses pertumbuhan dan perkembangan, dimana setiap rentang usia memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda. Individu yang lebih tua cenderung memiliki rentang waktu dan pengalaman yang lebih banyak dalam mengatasi suatu hal yang terjadi jika dibandingkan dengan individu yang lebih muda, yang mungkin masih memiliki sedikit pengalaman dan peristiwa-peristiwa dalam hidupnya. Individu yang lebih tua akan lebih mampu dalam mengatasi rintangan dalam hidupnya dibandingkan dengan individu yang lebih muda, hal ini juga berkaitan dengan pengalaman yang individu miliki sepanjang rentang kehidupannya.

Teori ini sesuai dengan hasil penelitian responden yang berusia dewasa tengah dengan adaptasi kategori cukup. Sebagian besar menjawab bahwa hanya sedikit terbebani dengan dampak penyakit ginjal. Hal ini dikarenakan responden merasa kondisinya lebih baik dibanding tahun sebelumnya. Selain itu, responden masih tetap dapat beraktivitas dan melakukan perjalanan jauh walaupun setelah hemodialisis sedikit pusing dan lemah dengan tetap menjaga asupan makanan.

6.3 Pengaruh *self care resources* eksternal terhadap adaptasi pasien hemodialisis

Hasil penelitian menggunakan PLS menunjukkan adanya pengaruh signifikan sumber perawatan diri dari eksternal terhadap adaptasi pasien hemodialisis. Faktor *self care resources* eksternal tidak valid adalah tingkat pendapatan dan status pekerjaan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pendapatan kurang dari Upah Minimum Provinsi (UMP). Suatu kenyataan bahwa sebagian besar pasien hemodialisis adalah golongan ekonomi lemah. Pasien hemodialisis yang berada pada sosial ekonomi lemah akan mendapatkan stressor tambahan misalnya harus memikirkan penyakit ginjal yang dialami, memikirkan uang untuk keluarga dan juga untuk digunakan pengobatan sehingga pasien hemodialisis lebih beresiko untuk mengalami depresi.

Hasil tabulasi silang menggambarkan bahwa meskipun mayoritas responden di Nusa Tenggara Barat mempunyai tingkat ekonomi yang rendah, namun mempunyai adaptasi yang cukup baik. Penelitian Ganu *et al.* (2018) menjelaskan hal yang berbeda yang ditemukan dalam penelitian ini. Hubungan status sosio

ekonomi dengan adaptasi pasien hemodialisis telah diidentifikasi bahwa individu yang memiliki status sosio ekonomi rendah dihubungkan dengan peningkatan komplikasi hemodialisis dan gejala depresi (Sugisawa *et al.* 2016).

Penelitian Boehmer *et al.* (2016) menjelaskan adanya hubungan status sosioekonomi dan pengelolaan diri. Status sosioekonomi memiliki peran penting dalam pengembangan dan pengelolaan penyakit ginjal. Rendahnya status sosiekonomi dikarenakan para pasien hemodialisis sudah memasuki usia lansia awal dan kondisi fisik yang menurun sehingga sebagian responden tidak bekerja. Status ekonomi yang rendah menyebabkan pasien hemodialisis tidak mampu mengoptimalkan perawatan diri.

Hasil penelitian dukungan keluarga pada pasien hemodialisis menunjukkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan dukungan keluarga yang cukup baik. House membagi dukungan keluarga menjadi 4 bentuk yaitu dukungan informasional, dukungan penghargaan, dukungan emosional dan dukungan instrumental (Smet, 1994). Sesuai dengan penelitian Pirbodaghi *et al.* (2016) yang juga menyimpulkan sebagian besar keluarga memberikan dukungan informasi. Informasi ini bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan. Secara konkret pemberian dukungan informasional yaitu berupa nasihat atau pemberian informasi yang dibutuhkan terkait pengetahuan keluarga tentang cuci darah misalnya tanda dan gejala serta pengobatannya yang diperoleh dari penjelasan petugas kesehatan, selebaran, televisi, koran, dan lain-lain.

Dukungan penghargaan positif, dorongan maju untuk sembuh, pujian ketika dapat melaksanakan aktivitas sehari-hari, dan perbandingan positif orang itu

dengan orang lain. Dukungan penghargaan dapat meningkatkan harga diri seseorang dan efisiensi diri sehingga perilaku yang diinginkan dapat tercapai (Leventhal & Cameron dalam WHO, 2003). Bentuk dukungan keluarga selanjutnya ialah dukungan instrumental, yaitu bentuk dukungan berupa bantuan dalam bentuk nyata atau material. Dukungan instrumental tersebut merupakan bantuan yang dapat terlihat nyata seperti menyediakan dana yang dibutuhkan selama proses pengobatan, kesediaan waktu dalam merawat dan mendampingi pasien ketika kontrol atau menjalani cuci darah.

Bentuk dukungan yang terakhir yaitu dukungan emosional. Sebagian besar responden menerima ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap keadaan pasien misalnya dalam bentuk mendengarkan keluhan psikologis karena efek samping pengobatan, sehingga dengan adanya dukungan tersebut meyakini bahwa dirinya diurus, diperhatikan, dan disayangi serta tidak menyalahkan atas permasalahan yang dihadapi dan memberikan rasa nyaman dalam meningkatkan kepercayaan diri pasien untuk tetap patuh menjalani pengobatan. (Cobb dalam Smet (1994) & Peraturan Pemerintah RI tahun 2011 Pasal 39).

6.4 Pengaruh *self care action* terhadap adaptasi pasien hemodialisis

Hasil penelitian menjelaskan bahwa faktor *self care action* memengaruhi adaptasi. Faktor *self care action* yang mempengaruhi adaptasi adalah otonomi diri (*autonomy*), kompetensi diri (*competence*) dan *keterhubungan*. Berdasarkan hasil penelitian responden terbanyak ditemukan dalam kategori otonom diri yang cukup. Hal ini dikarenakan responden sebagian besar menjawab sangat setuju

pada hal kemauan sendiri dalam menjalani cuci darah, sesuatu yang harus dilakukan secara teratur dua kali seminggu untuk menghindari komplikasi, mampu mengatasi masalah sendiri tanpa bantuan orang lain dan tidak pernah ragu pada keputusan yang diambil.

Penelitian ini sejalan dengan Nur, Ermianti dan Praptiwi (2018) yang menjelaskan sebagian besar memiliki otonom diri yaitu kebebasan individu dalam berperilaku berdasar pilihan diri sendiri. Pilihan yang diambil dari hal yang dirasakan dan berasal dari individu sendiri.

Pada tabulasi silang digambarkan bahwa responden yang adaptasinya cukup terbanyak ditemukan pada responden dengan otonom diri yang baik. Penelitian Chen *et al.* (2017) menjelaskan hal yang sama yang ditemukan dalam penelitian ini, adanya skor yang cukup baik pada otonom diri pasien hemodialisis. Semakin tinggi skor pada otonom diri semakin baik pula tingkat kualitas hidup pasien hemodialisis. Kualitas hidup pasien hemodialisis bergantung pada kepuasan kebutuhan dasar meliputi otonom diri dan kontrol yang memiliki dampak substansial.

Otonom diri memiliki hubungan positif dengan hasil yang juga positif, seperti meningkatnya keterlibatan tingkah laku dan keterlibatan emosi (Ryan & Connel 1989 dalam Fauzie *et al.* 2012). Pada penelitian lainnya yaitu Ng *et al.* (2012) yang menjelaskan bahwa otonom diri dan kompetensi diri dapat memperbaiki *outcome* seperti mengurangi rokok, aktivitas fisik, dan penurunan berat badan. Juul, Rowlands dan Maindal (2018) menyatakan bahwa persepsi otonomi berhubungan dengan perilaku manajemen diri yaitu diet dan aktivitas fisik.

Individu yang memiliki persepsi otonomi yang rendah dihubungkan dengan peningkatan risiko ketidakpatuhan (Fasczewski, Gill dan Rothberger 2017). Penelitian tersebut menjelaskan bahwa persepsi otonomi akan mempengaruhi perilaku mereka sendiri yang berhubungan dengan gejala-gejala yang dirasakan pasien hemodialisis sehingga dapat memperbaiki kualitas hidup.

Persepsi kompetensi diri pasien hemodialisis terbanyak ditemukan pada kategori cukup. Pada penelitian ini persepsi kompetensi diri ditunjukkan bahwa sebagian besar responden menjawab setuju dapat mengevaluasi pengobatan cuci darah saat berada di rumah dan berusaha semaksimal mungkin dalam mengatasi gejala yang dialami. Sejalan dengan penelitian Nur, Ermiati dan Praptiwi (2018) menjelaskan bahwa sebagian besar responden memiliki persepsi kompetensi yang tinggi. Pada penelitian tersebut, Deci & Ryan menjelaskan bahwa salah satu indikator *self care action* yaitu kompetensi merupakan kemampuan individu dalam melakukan suatu perilaku.

Hasil uji PLS menunjukkan bahwa nilai koefisien pada indikator kompetensi diri lebih kecil dibanding indikator otonom diri dan keterhubungan. Hal ini menunjukkan bahwa kompetensi diri berdasarkan persepsi pasien tidak memiliki nilai yang bermakna. Indikator kompetensi bila diukur dari sudut pandang lain, misalnya kompetensi berdasarkan sudut pandang perawat akan memungkinkan hasil yang bermakna. Hasil *Self care action* atau tindakan perawatan diri merupakan kemampuan individu untuk bertindak atas kehendak sendiri disesuaikan dengan kebutuhan dan keinginan individu.

6.5 Model Adaptasi pasien hemodialisis

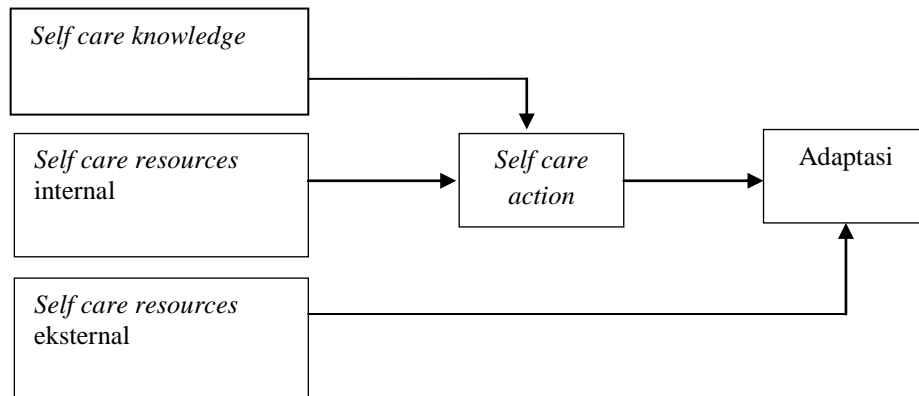
Hasil penelitian menunjukkan bahwa model adaptasi yang ditemukan termasuk baik pada pasien hemodialisis di RSUD Provinsi NTB. Model yang ditemukan diharapkan dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien hemodialisis dengan meningkatkan *self care knowledge*, *self care resource* internal dan eksternal pasien hemodialisis.

Tindakan perawatan diri dalam penelitian Baas (2004) merupakan kemampuan individu dalam memanfaatkan sumber kekuatan yang ada untuk mencegah stress akibat masalah kesehatan. Pengetahuan (*self care knowledge*) dan sumber kekuatan (*self care resources*) merupakan determinan tindakan perawatan diri. Pengetahuan perawatan diri (*self care knowledge*) merupakan hal-hal yang diketahui individu tentang sesuatu yang dibutuhkan untuk meningkatkan kondisi kesehatan. Sumber kekuatan (*self care resources*) merupakan faktor internal dan eksternal yang dapat digunakan individu dalam mengatasi stress terhadap penyakit yang dialami. Erickson dalam Peterson and Bredow (2013) menjelaskan bahwa individu dalam memanfaatkan pengetahuan dan sumber kekuatan secara langsung berhubungan dengan kepuasan akan pemenuhan kebutuhannya.

Self care knowledge terdiri dari persepsi kontrol, harapan dan kepuasan hidup, sedangkan *self care resources* terdiri dari keterampilan koping dan dukungan keluarga. Pengetahuan dan sumber kekuatan tersebut dibutuhkan individu dalam tindakan perawatan diri, sehingga dengan tindakan perawatan diri dapat meningkatkan kualitas hidup pasien hemodialisis.

6.6 Temuan Penelitian

Berdasarkan keseluruhan hasil pengujian hipotesis maka dapat diketahui jalur signifikansi yang menggambarkan model hasil penelitian ini.



Gambar 6.1 Temuan Penelitian

Gambar 6.1 menunjukkan hasil penelitian berupa rekomendasi model adaptasi pasien hemodialisis. Rekomendasi model tersebut tersusun atas *self care knowledge* (pengetahuan perawatan diri) dan *self care resources* internal mempengaruhi adaptasi melalui *self care action*. *Self care resources* eksternal memiliki pengaruh langsung terhadap adaptasi.

6.7 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan yang menjadikan penelitian ini mempunyai kekurangan dan memerlukan penelitian yang lebih baik lagi. Keterbatasan dalam penelitian ini adalah pasien HD antara satu dan lainnya berjarak cukup dekat sehingga memungkinkan jawaban yang diberikan sama.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Faktor pengetahuan perawatan diri/*self care knowledge* (persepsi kontrol, harapan dan kepuasan hidup) berpengaruh signifikan terhadap adaptasi melalui tindakan perawatan diri/*self care action* pasien hemodialisis. Faktor keyakinan pada diri sendiri dan mempertahankan motivasi serta tujuan yang jelas dalam hidup akan meningkatkan adaptasi pasien hemodialisis.
2. Faktor sumber perawatan diri/*self care resources* internal (keterampilan koping) berpengaruh signifikan terhadap adaptasi pasien hemodialisis melalui tindakan perawatan diri/*self care action*. Faktor keterampilan koping dapat menjadi domain yang dapat meningkatkan tingkat adaptasi pasien hemodialisis.
3. Faktor sumber perawatan diri/*self care resources* eksternal (dukungan keluarga) berpengaruh signifikan langsung terhadap adaptasi pasien hemodialisis. Faktor dukungan yang didapatkan dari keluarga menjadi domain yang dapat meningkatkan tingkat adaptasi pasien hemodialisis.
4. Faktor *self care action* (otonom, kompetensi, dan keterhubungan) berpengaruh signifikan terhadap adaptasi pasien hemodialisis. Pasien hemodialisis yang memiliki kehendak sendiri dalam menjalani cuci darah, mampu mengevaluasi kondisi diri dan memiliki kebutuhan untuk

berinteraksi dan peka terhadap sekitar dapat meningkatkan tingkat adaptasi.

7.2 Saran

1. Rumah Sakit

- 1) Hasil penelitian dapat digunakan perawat dalam melakukan intervensi keperawatan untuk meningkatkan adaptasi pasien hemodialisis.
- 2) Perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan dengan berfokus pada pengetahuan, sumber kekuatan internal dan eksternal dalam sehingga dapat meningkatkan tindakan perawatan diri yang pada akhirnya adaptasi pasien hemodialisis meningkat.
- 3) Perawat dapat meningkatkan kompetensi dalam mengevaluasi pengobatan yang disesuaikan dengan kondisi pasien hemodialisis

2. Peneliti selanjutnya

- 1) Penelitian lanjutan terkait variabel *self care action* terutama pada indikator kompetensi perawat dalam mengevaluasi pengobatan yang telah dilakukan pasien hemodialisis
- 2) Penelitian lanjutan dengan metode wawancara mendalam (*in depth interview*)
- 3) Penelitian lanjutan terkait efektifitas model yang direkomendasikan untuk meningkatkan adaptasi berbasis teori *modeling role modeling*.

DAFTAR PUSTAKA

- Ammirati, R. J., Lamis, D. A., Campos, P. E. and Farber, E. W. (2015) 'Optimism, well-being , and perceived stigma in individuals living with HIV', *AIDS Care*, 27(7), pp. 926–933.
- Baas, L. S. (2004) 'Self Care Resources and Activity as Predictors of Quality of Life in Persons After Myocardial Infarction', *Dimens Crit Care Nurse*, 23(3), pp. 131–138.
- Barat, D. K. N. T. (2018) 'TGB Putuskan Upah Minimum Provinsi NTB Naik Tahun 2018', *Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat*. Available at: <https://dinkes.ntbprov.go.id/question/tgb-putusan-upah-minimum-provinsi-ntb-naik-tahun-2018-jadi-segini/>.
- Barberis, N., Cernaro, V., Costa, S., Montalto, G., Lucisano, S., Larcán, R. and Buemi, M. (2017) 'The relationship between coping, emotion regulation, and quality of life of patients on dialysis', *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 52(2).
- Barbosa, J. E. N., Moura, E. C. S., Lira, C. L. O. and Marinho, P. E. (2017) 'Quality of Life and Duration of Hemodialysis in Patients with Chronic Kidney Disease (CKD): A Cross-sectional Study', *Fisioterapia em Movimento*, 30(4).
- Beaver, K., Craven, O., Witham, G., Tomlinson, M., Susnerwala, S., Jones, D. and Luker, K. (2007) 'Patient participation in decision making: views of health professionals caring for people with colorectal cancer', *J Clin Nurs*, 16(4), pp. 725–33.
- Bennett, P., Weinberg, M., Bridgman, T. and Cummins, R. (2015) 'The Happiness and Subjective Well-Being of People On Haemodialysis', *J Ren Care*, 41(3), pp. 156–61.
- Boehmer, K., Shippee, N., Beebe, T. and Montori, V. (2016) 'Pursuing minimally disruptive medicine: disruption from illness and health care-related demands is correlated with patient capacity', *J Clin Epidemiol*, 74, pp. 227–36.
- Brown, E. A., Johansson, L., Farrington, K., Gallagher, H., Sensky, T., Gordon, F., Silva-gane, M. Da, Beckett, N. and Hickson, M. (2010) 'Broadening Options for Long-term Dialysis in the Elderly (BOLDE): differences in quality of life on peritoneal dialysis compared to haemodialysis for older patients', *Nephrol Dial Transplant*, (25), pp. 3755–3763.
- Cha, J. (2017) 'Structural Equation Modeling of Self-Management in Patients with Hemodialysis', *Korean Acad Nurs*, 47(1), pp. 14–24.
- Chen, M. F., Chang, R. E., Bin, H. and Hou, Y. H. (2017) 'Effects of perceived autonomy support and basic need satisfaction on quality of life in hemodialysis patients', *Quality of Life Research*. Springer International Publishing. doi: 10.1007/s11136-017-1714-2.
- Combes, G., Allen, K. and Sein, K. (2013) *Evaluation of case study sites for home therapies for people with chronic kidney disease*. Edgbaston.
- Cosansu, G. and Erdogan, S. (2014) 'Influence of Psychosocial Factors on Self-

- Care Behaviors and Glycemic Control in Turkish Patients With Type 2 Diabetes Mellitus', *Journal of Transcultural Nursing*, 25(1), pp. 51–59.
- Cukor, D., Halen, N. Ver, Asher, D. R., Coplan, J. D., Weedon, J., Wyka, K. E., Saggi, S. J. and Kimmel, P. L. (2014) 'Psychosocial Intervention Improves Depression, Quality of Life, and Fluid Adherence in Hemodialysis', *J Am Soc Nephrol*, pp. 1–11.
- Daugirdas, J. T., Blake, P. G. and Ing, T. S. (eds) (2007) *Handbook of Dialysis*. 4th edn. Lippincott William & Wilkins.
- Dekker, J. and Groot, V. De (2016) 'Psychological Adjustment to Chronic Disease and Rehabilitation—An Exploration', *Disability and Rehabilitation*. Informa UK Ltd.
- Engger (2015) 'Adaptasi Ryff Psychological Well-Being Scale dalam Konteks Indonesia', *Universitas Sanatha Darma*.
- Faizzah, E. N. (2017) 'Perbedaan Tingkat Kecemasan dan Depresi pada Pasien yang menjalani Hemodialisis di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto', *Fakultas Ilmu Kesehatan*, pp. 13–42. Available at: http://repository.ump.ac.id/4001/3/ELISA_NUR_FAIZZAH_BAB_II.pdf.
- Fasczewski, K. S., Gill, D. L. and Rothberger, S. M. (2017) 'Physical Activity Motivation and Benefits in People with Multiple Sclerosis', *Disability and Rehabilitation*.
- Fauzie, F. M., Primana, L., Suharso, P. L. and Nurwianti, F. (2012) 'The correlation between basic psychological needs satisfaction and student engagement', *Education and Learning*, 5(4).
- Frielink, N., Schuengel, C. and Embregts, P. J. C. M. (2018) 'Autonomy Support, Need Satisfaction, and Motivation for Support Among Adults With Intellectual Disability: Testing a Self-Determination Theory Model', *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 123(1), pp. 33–49.
- Ganu, V., Boima, V., DN, A., Dey, I., Yorke, E. and Mate-Kole, C. (2018) 'Depression and quality of life in patients on long term hemodialysis at a national hospital in Ghana: a cross-sectional study', *Ghana Med J*, 52(1), pp. 22–28.
- Gerungan, W. A. (1997) *Psikologi Sosial*. Bandung: PT Eresco.
- Heerdjan, S. (1987) *Apa Itu Kesehatan Jiwa?* Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Hegner, B. R. and Caldwell, E. (1994) *Assisting in Long-Term Care*. 2nd edn. New York: Delmar Publisher.
- Hertz, J. E. (2002) 'Enactment of Autonomy, Self-Care, and Holistic Health in Community-Dwelling Older Adults', *Journal of Holistic Nursing*, 20(2), pp. 166–186.
- Hidayati, A., Widayati, N. and Hakam, M. (2017) 'Hubungan Health Locus of Control dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember'.
- Hornblower, S. (2015) *Oxford Textbook of Clinical Nephrology*. Edited by N. Turner. Oxford University Press.
- Howren, M., Cozad, A. and Christensen, A. (2016) 'The interactive effects of patient control beliefs on adherence to fluid-intake restrictions in

- hemodialysis: Results from a randomized controlled trial', *J Health Psychol*, 22(13), pp. 1642–1651.
- Hudson, J. L., Moss-morris, R., Game, D., Carroll, A. and Chilcot, J. (2016) 'Review Article Improving Distress In Dialysis (iDiD): A Tailored CBT Self-Management Treatment For Patients undergoing Dialysis', *Journal of Renal Care*, XX(XX), pp. 1–16.
- Jordanova, P. N. D. and Polenakovic, M. H. (2013) 'Psychological characteristics of patients treated by chronic maintenance hemodialysis', *Int J Artif Organs*, 36(2), pp. 77–86.
- Juul, L., Rowlands, G. and Maindal, H. T. (2018) 'Relationships between health literacy, motivation and diet and physical activity in people with type 2 diabetes participating in peer-led support groups', *Primary Care Diabetes*.
- Kisvetrova, H., Vevodova, S. and Skoloudik, D. (2017) 'Comfort-Supporting Nursing Activities for End-of-Life Patients in an Institutionalized Environment', *Journal of Nursing Scholarship*, pp. 1–8.
- Lindberg, M. F., Miaskowski, C., Rustøen, T., Cooper, B. A. and Lerdal, A. (2016) 'The Impact of Demographic, Clinical, Symptom and Psychological Characteristics on the Trajectories of Acute Postoperative Pain After Total Knee Arthroplasty', *Pain Medicine*, pp. 1–16.
- Monaro, S., Stewart, G. and Gullick, J. (2014) 'A "Lost Life": Coming to Terms with Haemodialysis', *Journal of clinical nursing*, 23, pp. 3262–3273.
- Morton, R. L., Tong, A., Howard, K., Snelling, P. and Webster, A. C. (2010) 'The views of patients and carers in treatment decision', *BMJ*, pp. 1–10.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017) *Mental wellbeing and independence in older people overview*. Available at: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/mental-wellbeing-and-independence-in-olderpeople>.
- National Kidney Foundation (2017) 'Chronic Kidney Disease', pp. 1311–1319. Available at: <http://www.nationalkidneycenter.org/chronic-kidney-disease/stages/>.
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L. and Williams, G. C. (2012) 'Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis', *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), pp. 325–340.
- Niihata, K., Fukuma, S., Akizawa, T. and Fukuhara, S. (2017) 'Association of coping strategies with mortality and health-related quality of life in hemodialysis patients: The Japan Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study', *PLoS ONE*, 12(7), pp. 1–13.
- Nur, N. R., Ermiati and Praptiwi, A. (2018) 'Women's Intrinsic Motivation in Conducting Breast Self-Examination', *JNC*, 1(2).
- Nursalam (2017) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. 2nd edn. Jakarta: Salemba Medika.
- Ong, L., De Hes, J. and Lammes, F. (1995) 'Doctor-patient communication: A review of the literature', *Soc Sci Med*, 40(7), pp. 903–918.
- Onofrio, G. D., Simeoni, M., Rizza, P., Caroleo, M., Capria, M., Mazzitello, G.,

- Sacco, T., Mazzuca, E., Panzino, T., Cerantonio, A., Segura-garcia, C., Fazio, P. De, Fuiano, G., Onofrio, G. D., Simeoni, M., Rizza, P., Caroleo, M., Capria, M., Mazzitello, G., Sacco, T., Mazzuca, E., Panzino, M. T., Cerantonio, A., Segura-garcia, C., Andreucci, M. and Fazio, P. De (2016) 'Quality of life, clinical outcome, personality and coping in chronic hemodialysis patients', *Renal Failure*. Informa Healthcare USA, Inc.
- Pemerintah, P. (no date) *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 17 tahun 2010 tentang Pengelolaan dan Penyelenggaraan Pendidikan*.
- Peterson, S. J. and Bredow, T. S. (2013) *Middle Range Theories: Application to Nursing Research*. 3rd edn. Lippincott William & Wilkins.
- Pirbodaghi, M., Rasouli, M., Ilkhani, M. and Alavi Majd, H. (2016) 'An Investigation of Factors Associated Adaptation of Mothers to Disease of Child with Cancer Based on Roy Model Testing', *Qom University of Medical Sciences Journal*, 9(11), pp. 1–4.
- Reid, C., Seymour, J. and Jones, C. (2016) 'Article A Thematic Synthesis of the Experiences of Adults Living with Hemodialysis', *Clin J Am Soc Nephrol*, 11, pp. 1206–1218.
- Riyanti, W., Purwanti, E. and Setianingsih, E. (2017) 'Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan Diit Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Soedirman Kebumen'.
- Romadlon, A. Z. and Puspitosari, W. A. (2016) 'Hubungan antara Kepatuhan Minum Obat dengan Fungsi Sosial Pasien Skizofrenia'.
- Ryan, R. M. and Deci, E. L. (2000) 'Self-Determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and wellbeing', *American Psychologist*, 55(1), pp. 68–78.
- Ryan, R. M. and Deci, E. L. (2000) 'Self Determination', *American Psychologist*, 55(1), pp. 68–78.
- Ryan, R. M. and Deci, E. L. (2004) 'Overview of Self Determination Theory: An Organismic Dialectical Perspective', in.
- Ryff, C. D. and Keyes, C. L. M. (1995) 'The Structure of Psychological Well-Being Revisited', 69(4), pp. 719–727. Available at: <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/830.pdf>.
- Setiawan, M. A. P. and Sumaryanti, I. U. (2018) 'Hubungan antara Health Locus of Control dengan Perilaku Compliance pada Pasien DM Tipe 2 di Rumah Sakit X Bandung', *Psikologi*, 4(1), pp. 66–72.
- Shaban (2017) 'Adulthood Age Group Growth & Development'. Available at: https://web2.aabu.edu.jo/tool/course_file/lec_notes/1001242_Adulthood Age Group GD.pdf.
- Sholihin, M. and Ratmono, D. (2013) *Analisis SEM-PLS dengan WarpPLS 3.0 untuk Hubungan Nonlinier dalam Penelitian Sosial dan Bisnis*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Soenaryo (2004) *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Sugisawa, H., Shimizu, Y., Kumagai, T., Sugisaki, H., Ohira, S. and Shinoda, T. (2016) 'Effects of socioeconomic status on physical and mental health of hemodialysis patients in Japan: differences by age, period, and cohort', *J*

- Nephrol Renovasc Dis*, 9, pp. 171–82.
- Sugiyono (2013) *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Susila and Suyanto (2015) *Metodologi Penelitian Cross Sectional*. Klaten: Bosscript.
- Taylor, F. (2014) ‘Supporting the emotional and psychological needs of end-stage renal disease patients Study Report’, pp. 1–66.
- Thomas, B., Wulf, S., Bikbov, B., Perico, N., Cortinovis, M., Vaccaro, K. C. De, Flaxman, A., Peterson, H., Delossantos, A., Haring, D., Mehrotra, R., Himmelfarb, J., Remuzzi, G., Murray, C. and Naghavi, M. (2015) ‘Maintenance Dialysis throughout the World in Years 1990 and 2010’, *J Am Soc Nephrol*, 26(11), pp. 2621–33.
- Urquhart-second, R., Craig, J. C., Hemmelgarn, B., Tam-tham, H., Manns, B., Howell, M., Polkinghorne, K. R., Kerr, P. G., Harris, D. C., Thompson, S., Schick-makaroff, K., Wheeler, D. C., Biesen, W. Van, Winkelmayr, W. C. and Johnson, D. W. (2016) ‘Patient and Caregiver Priorities for Outcomes in Hemodialysis: An International Nominal Group Technique Study’, *American Journal of Kidney Diseases*. Elsevier Inc, pp. 1–11.
- Utami, R., Haryanto, J. and Sajidin, M. (2017) ‘Path Analysis of the Factors that Influence the Prevention of Leprosy Clients Depression in Leprosy Hospital Sumberglagah Mojokerto, East Java, Indonesia’, *International Journal of Science and Research*, 6(6).
- Valsaraj, B. P., Bhat, S. M. and Latha, K. S. (2016) ‘Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety and Depression among People Undergoing Haemodialysis: A Randomized Control Trial’, *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(8), pp. 8–12.
- Vicdan, A. K. and Karabacak, B. G. (2016) ‘Effect of Treatment Education Based on the Roy Adaptation Model on Adjustment of’, *Clinical Nursing Specialist*, pp. 1–13. doi: 10.1097/NUR.0000000000000215.
- Wan, E. Y. F., Chen, J. Y., Choi, E. P. H., Wong, C. K. H., Chan, A. K. C., Chan, K. H. Y. and Lam, C. L. K. (2015) ‘Patterns of Health-related Quality of Life and Associated Factors in Chinese Patients undergoing Haemodialysis’, *Health and Quality of Life Outcomes*. Health and Quality of Life Outcomes, (13), p. 108.
- Wardani, T. A., Nihayah, Z. and Suady, S. E. (2014) ‘Pengaruh Harapan dan Coping Stress terhadap Resiliensi Caregiver Kanker’.
- Yamin, S. (2014) *Rahasia Olah Data Lisrel*. 1st edn. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Yilmaz, S., Yildirim, Y., Yilmaz, Z., Kara, A. V., Taylan, M., Demir, M., Coskunsel, M., Kadiroglu, A. K. and Yilmaz, M. E. (2016) ‘Pulmonary Function in Patients with End-Stage Renal Disease: Effects of Hemodialysis and Fluid Overload’, *Med Sci Monit*, 22, pp. 2779–2784.

LAMPIRAN**Lampiran 1 Lembar Penjelasan****Judul Penelitian**

“Model Adaptasi Pasien Hemodialisis berbasis teori *Modeling Role Modeling* di RSUD Provinsi NTB”.

Tujuan Penelitian

Menganalisis model adaptasi pasien hemodialisis berbasis teori *Modeling Role Modeling* di RSUD Provinsi NTB

Perlakuan yang diterapkan pada subjek

Pada penelitian ini responden tidak diberikan perlakuan hanya dilakukan wawancara dengan panduan kuesioner

Manfaat penelitian bagi subjek penelitian

Penelitian ini dapat menambah informasi dan ilmu pengetahuan mengenai konsep model adaptasi pasien hemodialisis

Bahaya potensial

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan subyek dalam penelitian ini, oleh karena dalam penelitian ini hanya melakukan wawancara dengan panduan kuesioner.

Hak untuk undur diri

Keikutsertaan pasien hemodialisis dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan responden dan apabila dalam penelitian ini pasien

hemodialisis tidak bersedia menjadi responden maka peneliti akan mencari responden lainnya untuk dijadikan subyek penelitian.

Jaminan kerahasiaan data

Dalam penelitian ini, semua data dan informasi identitas subyek penelitian dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subyek penelitian secara jelas dan pada laporan penelitian nama subyek penelitian dibuat kode.

Adanya insentif untuk subyek penelitian

Seluruh subyek penelitian memperoleh cinderamata dari peneliti.

Lampiran 2 Lembar *informed consent* (Pernyataan Persetujuan Ikut Penelitian)

Assalamualaikum wr. wb.

Ibu/Bapak/Saudara yang terhormat, yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nurul Bariyyah

NIM : 131614153094

No. Hp. : 081938192331

Mahasiswa program studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga bermaksud untuk menyelenggarakan penelitian dengan judul “Model Adaptasi Pasien Hemodialisis berbasis teori *Modeling Role Modeling* di RSUD Provinsi NTB” dengan pembimbing Dr. H. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. dan Puji Astuti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.M.B.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui model adaptasi pasien hemodialisis. Penelitian ini bukan untuk komersil, melainkan sebagai tugas akhir peneliti untuk menyelesaikan studi di Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Hasil dari penelitian ini dapat digunakan untuk membuat program kenyamanan pasien hemodialisis. Berdasarkan hal tersebut, maka saya membutuhkan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Sebelum Anda memutuskan, saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai bahan pertimbangan Bapak/Ibu/Saudara untuk ikut serta dalam penelitian ini.

1. Identitas Bapak/Ibu/Saudara akan dirahasiakan sepenuhnya dan hanya data yang dituliskan yang akan digunakan demi kepentingan penelitian.
2. Keikutsertaan Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini bersifat sukarela.
3. Bila Bapak/Ibu/Saudara bersedia ikut dalam penelitian ini, peneliti akan melakukan wawancara
4. Wawancara dilakukan pada waktu dan tempat yang telah disepakati selama kurang lebih 30 menit.
5. Penelitian ini tidak akan memungut biaya sedikitpun.
6. Bapak/Ibu/Saudara berhak mengundurkan diri setiap saat dari keikutsertaan dalam penelitian ini.
7. Hal-hal yang belum jelas dapat ditanyakan kepada peneliti.

Kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi, sangat berarti dalam penelitian ini dan atas kerjasama yang baik dan perhatian Ibu saya mengucapkan terima kasih.

Mataram,.....2018

Peneliti,

Saksi,

Responden,

t.t

t.t

t.t

(Nurul Bariyyah)

(.....)

(.....)

Lampiran 3 Kuesioner

Terima kasih telah meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner ini. Silakan mengisi identitas dan tiap pertanyaan sesuai petunjuk. Tidak ada jawaban benar dan salah. Kami akan merahasiakan identitas dan jawaban yang anda berikan.

1. Identitas

No(diisi peneliti).
 Inisial :
 Usia :
 Pendidikan terakhir :
 Pekerjaan :
 Total pendapatan (suami+istri) per bulan dari semua sumber sebelum pengeluaran
☐ ≤ Rp1.825.000
☐ > Rp1.825.000
 Mulai cuci darah : bulan..... tahun.....

2. Petunjuk

Berilah tanda checklist (✓) pada **salah satu** kotak yang sesuai dengan keadaan diri Anda.

1. PERSEPSI KONTROL		Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Setuju	Sangat setuju
1.	Orang lain berperan besar dalam menentukan apakah kondisi saya membaik atau tetap sama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Hal utama yang mempengaruhi kondisi saya adalah apa yang saya lakukan sendiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Gejala yang saya rasakan adalah kebetulan semata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Jika saya beruntung, kondisi saya akan lebih baik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Jika kondisi saya tidak membaik, itu karena saya belum mengambil tindakan yang tepat untuk diri saya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Modifikasi *Health Locus of Control* (Hidayati, Widayati and Hakam 2017)

2. PERSEPSI HARAPAN		Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Setuju	Sangat setuju
1.	Bila saya menemukan diri berada dalam permasalahan rumit, saya dapat memikirkan banyak cara untuk keluar dari permasalahan tersebut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Saat ini saya sedang mengejar tujuan/rencana yang saya inginkan dengan penuh semangat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Saya merasa cukup lelah dengan rutinitas cuci darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Jika mempunyai masalah, saya yakin bisa mengatasinya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Saya merasa agak khawatir tentang kesehatan saya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Modifikasi *Herth Hope Index scale* (Wardani, Nihayah dan Suady 2014)

3. PERSEPSI KEPUASAN HIDUP		Sangat tidak puas	Tidak puas	Puas	Sangat puas
1.	Seberapa puas anda dengan kondisi tempat tinggal saat ini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Seberapa puas anda dengan kondisi kesehatan anda? (pola tidur, kemampuan beraktivitas sehari-hari)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Seberapa puas Anda dengan kebebasan pribadi (kebebasan beribadah, beraktivitas dan berhubungan sosial) yang diberikan di tempat tinggal anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Seberapa puas Anda dengan jumlah waktu yang anda habiskan bersama keluarga dan rekan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Seberapa puas anda dengan keamanan yang anda rasakan di lingkungan anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Modifikasi *Personal Wellbeing Index* (Romadlon dan Puspitosari 2016)

4. DUKUNGAN KELUARGA					
1.	Keluarga membantu saya dalam masalah perekonomian dengan memberikan bantuan dana	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)
2.	Keluarga memperhatikan jenis makanan yang saya makan apabila sedang makan bersama	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)
3.	Keluarga mengunjungi dan menolong saya pada waktu sakit	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)
4.	Saya dan keluarga berdiskusi untuk mengatasi bila ada masalah yang timbul karena penyakit	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)
5.	Keluarga mencari informasi tentang pengobatan alternatif untuk membantu penyembuhan	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)
6.	Pada saat saya merasa takut dan cemas, keluarga ada di samping saya untuk menenangkan	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)
7.	Keluarga berusaha membuat saya tidak terlarut memikirkan kondisi sakit ini	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)
8.	Keluarga meminta saya berbagi informasi pada orang yang juga menjalani cuci darah	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)
9.	Keluarga memberi dorongan untuk berserah diri kepada Tuhan	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)
10.	Keluarga mendorong saya untuk dapat melakukan aktivitas sehari-hari	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)
11.	Keluarga membandingkan kondisi saya dengan orang lain yang mengalami penyakit lebih parah	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)

Perceived social support (modifikasi Riyanti, Purwanti dan Setianingsih, 2017)

5. KETERAMPILAN KOPING					
1.	Saya mencari informasi yang lebih banyak tentang gejala kepada orang yang pernah mengalaminya	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)
2.	Saya berdoa kepada Tuhan agar saya tetap kuat dalam menjalani cuci darah	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)
3.	Saya percaya dokter/perawat dapat menolong kondisi saya	<input type="checkbox"/> Tidak yakin	<input type="checkbox"/> Agak yakin	<input type="checkbox"/> yakin	<input type="checkbox"/> Sangat yakin
4.	Saya menjadi agak mudah marah atau menangis ketika gejala muncul	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)
5.	Saya menerima saran orang lain tentang apa yang mesti saya lakukan untuk mengurangi gejala	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang	<input type="checkbox"/> Sering	<input type="checkbox"/> Selalu
6.	Saya berusaha untuk mengalihkan perhatian dengan hal-hal yang menyenangkan	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)
7.	Dengan cuci darah ini, saya siap menerima risiko apapun	<input type="checkbox"/> Tidak setuju	<input type="checkbox"/> Kurang setuju	<input type="checkbox"/> Setuju	<input type="checkbox"/> Sangat setuju
8.	Ketika gejala bertambah, saya mencoba untuk tidur/makan/minum/merokok lebih dari biasanya	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)

Coping Strategies Inventory Short Form (CSI-SF)

6. SELF CARE ACTION		Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Setuju	Sangat setuju
1.	Mengikuti cuci darah merupakan kemauan saya sendiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Saya mampu mengatasi masalah tanpa bantuan orang lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Saya sering ragu pada keputusan saya sendiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Saya sering mengevaluasi pengobatan apakah hasil yang saya dapatkan sesuai dengan keinginan saya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Gejala yang saya rasakan adalah kebetulan semata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Saya berusaha semaksimal mungkin untuk mengatasi gejala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Cuci darah adalah terapi yang sesuai dengan kemampuan saya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Saya tidak terlalu memikirkan kondisi saya apakah membaik atau menurun sama saja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Saya senang ngobrol dengan sesama cuci darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Saya tidak suka mencampuri urusan orang lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Dengan cuci darah saya bertemu banyak orang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychological basic needs scale

7. ADAPTASI

1. Bagaimana anda menilai kesehatan anda saat ini dibandingkan tahun lalu?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebih baik dibanding tahun lalu	Sedikit lebih baik	Sama dengan tahun lalu	Sedikit menurun	Lebih menurun dari tahun lalu

2. Berikut gejala yang dapat dialami pasien ginjal:

1. Lemas, lesu, lelah
2. Makin kurus atau lebih gemuk
3. Sesak/sulit bernafas
4. pusing
5. Mual
6. Muntah
7. Kram otot
8. Nyeri sendi
9. Gatal-gatal

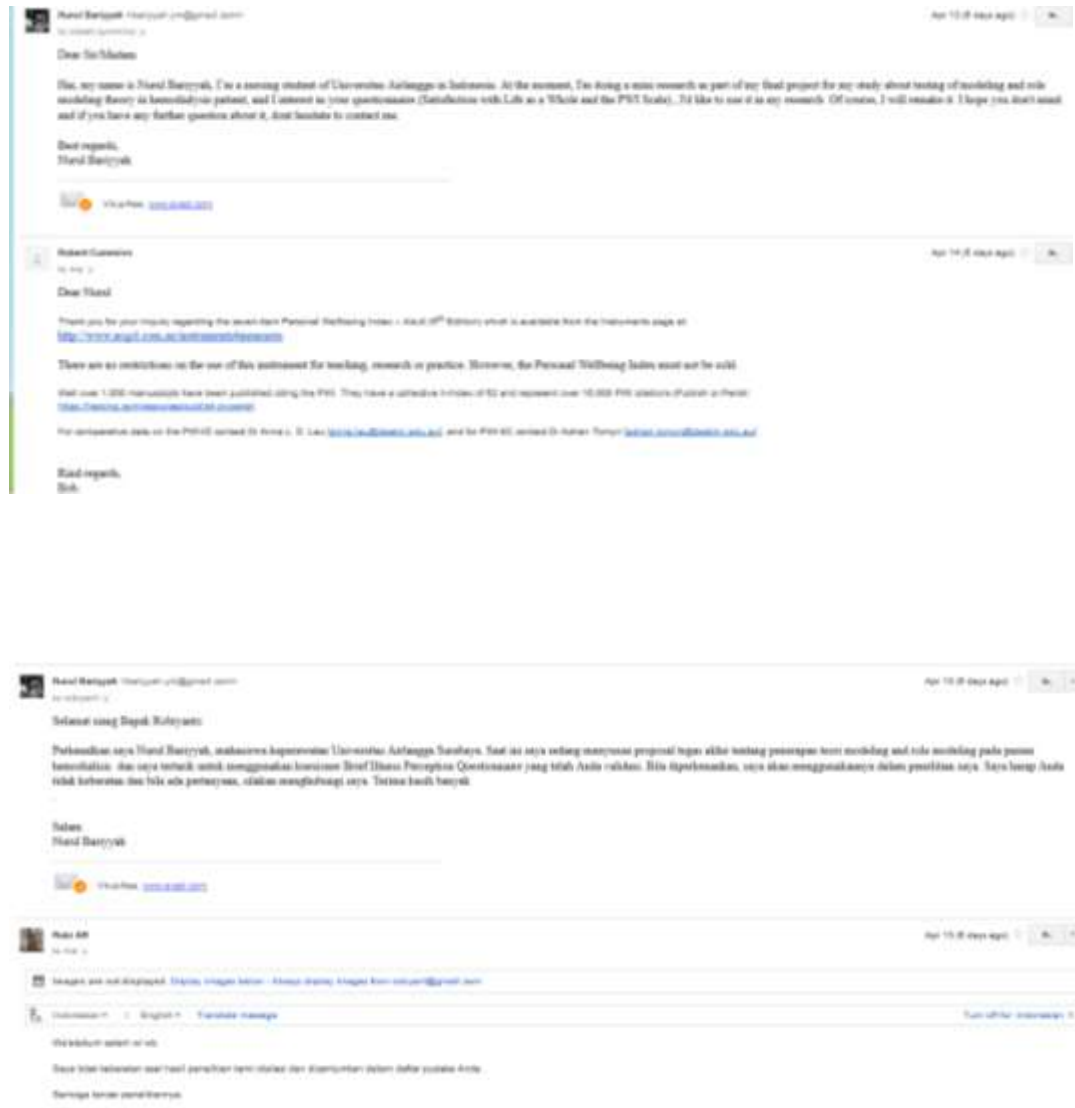
Seberapa banyak gejala yang Anda alami dalam sebulan terakhir?	<input type="checkbox"/> Banyak (8-9 item)	<input type="checkbox"/> Cukup (5-7 item)	<input type="checkbox"/> Sedikit (2-4 item)	<input type="checkbox"/> Tidak ada
--	--	---	---	---------------------------------------

3. Seberapa besar penyakit ginjal mengganggu anda dalam hal-hal berikut

	Sangat terganggu	Cukup terganggu	Kadang terganggu	Tidak terganggu
a. Aktivitas sosial dengan keluarga, rekan atau tetangga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pembatasan makanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pembatasan cairan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kemampuan dalam bepergian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Biaya pengobatan, transport atau lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ketergantungan dengan alat cuci darah dan/atau dokter/perawat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Terbangun ditengah malam dan sulit untuk tertidur lagi	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)
h. Mendapatkan tidur yang cukup	<input type="checkbox"/> Tidak pernah	<input type="checkbox"/> Kadang-kadang (1-3 hari)	<input type="checkbox"/> Sering (4-6 hari)	<input type="checkbox"/> Selalu (Setiap hari)

2. Selama sebulan terakhir, apakah anda pernah melakukan pekerjaan yang mendapatkan gaji/bayaran?
☐ Ya
☐ tidak
3. Apakah masalah kesehatan anda membuat anda tetap bisa bekerja untuk mendapatkan gaji/bayaran?
☐ Ya
☐ tidak

Lampiran 4 Bukti Perizinan Kuesioner



Lampiran 5 Surat Permohonan Data Awal

	KEMENTRIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI	
	UNIVERSITAS AIRLANGGA	
	FAKULTAS KEPERAWATAN	
	Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752 Website: http://www.ners.unair.ac.id e-mail : dekan_ners@fkip.unair.ac.id	
<hr/>		
Nomor	: 482 /UN3.1.13/PPd/S2/2017	6 Oktober 2017
Lampiran	: 1 (Satu) berkas	
Perihal	: Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair	
<hr/>		
Kepada Yth. Direktur RSUD Kota Mataram		
<p>Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.</p>		
Nama	: Nurul Bariyyah, S.Kep., Ns.	
NIM	: 131614153094	
Judul Proposal	: Pengembangan Model Manajemen Kenyamanan Pasien Hemodialisis Berbasis Chronic Sorrow	
Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.		
<p>a/n. Dekan, Wakil Dekan I</p> <div style="text-align: right;"> Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. NIP. 196808291989031002</div>		

Lampiran 6 Lembar Etik Penelitian

Keputusan Panitia Etik


Komisi Etik Penelitian RSUD Provinsi NTB	Keputusan Penelaahan	No : 070.1/ 19 /KEP/2018
Judul Penelitian : Model Perawatan Diri Terhadap Adaptasi Pasien Hemodialisis Berbasis Teori Modelling Role Modelling Dan Self Determination		
Peneliti : Nurul Bariyyah, S. Kep., Ns.		
Tanggal Penelitian :		
Kesimpulan : <input checked="" type="checkbox"/> Disetujui <input type="checkbox"/> Ditolak <input type="checkbox"/> Perlu Diperbaiki <input type="checkbox"/> Belum dapat dibahas		
Butiran Alasan, perbaikan / perubahan / keterangan tambahan yang diperlukan:		
Ketua Panitia Komisi Etik Penelitian  dr. Salim, S. Thalib, Sp.P NIP. 19620106 198901 1 022		Tanggal 05 Juni 2018

Catatan :

1. Peneliti wajib menyerahkan hasil penelitian selambat – lambatnya 1 (satu) bulan setelah selesai penelitian kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan RSUD Provinsi NTB. Apabila laporan penelitian tidak diserahkan, maka Komisi Etik berhak untuk membatalkan persetujuan yang diberikan.
2. Apabila pelaksanaan penelitian tidak sesuai dengan usulan kegiatan, Komisi Etik tidak bertanggung jawab terhadap Kelayakan Etik Penelitian tersebut.
3. Apabila ada perubahan prosedur / kegiatan penelitian, mohon agar mengusulkan kembali proposal Kelayakan Etik kepada Komisi Etik.

Lampiran 7 Surat Uji Validitas Reliabilitas

	KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI	
	UNIVERSITAS AIRLANGGA	
	FAKULTAS KEPERAWATAN	
	Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752	
	Website: http://www.ners.unair.ac.id e-mail : dekan_ners@fkip.unair.ac.id	
<hr/>		
Nomor	: 111- /UN3.1.13/PPd/S2/2018	21 Mei 2018
Lampiran	: -	
Perihal	Permohonan Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas	
Kepada Yth. Direktur RSUD Kota Mataram Nusa Tenggara Barat		
Sehubungan dengan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu berkenan memberikan ijin untuk uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian kepada mahasiswa kami di bawah ini sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.		
Nama	: Nurul Bariyyah, S.Kep., Ns.	
NIM	: 131614153094	
Judul Proposal	: Model Perawatan Diri terhadap Adaptasi Pasien Hemodialisis Berbasis Teori <i>Modelling Role Modelling</i> dan <i>Self Determination</i>	
Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.		
<div style="text-align: right;">a/n. Dekan, Wakil Dekan I</div> <div style="text-align: center;">  Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. NIP. 196808291989031002</div>		



PEMERINTAH KOTA MATARAM
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MATARAM
Jl. Bung Karno No. 3 Pagutan - Mataram Telp. (0370) 640774 Fax. (0370) 646928
Website : www.rsudmataram.com Email : rsudmataram@mataramkota.go.id

Mataram, 26 Juni 2018
12 Syawal 1439 H

Nomor : 445/749 / RSUD / VI / 2018 Yth. Dekan Fakultas Keperawatan
Lampiran : - Universitas Airlangga
Hal : **Izin Uji Validitas dan Reliabilitas** di-
Surabaya

Dengan Hormat,


Menunjuk surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Nomor : 222/UN3.1.13/PPd/S2/2018 tanggal 21 Mei 2018 tentang Permohonan Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas mahasiswa atas nama :

Nama : Nurul Bariyyah, S.Kep.,Ns
NIM : 131614153094
Jurusan : Magister Keperawatan

Dengan ini kami memberikan izin Uji Validitas dan Reliabilitas untuk penyusunan Proposal Penelitian dengan Judul "Model Perawatan Diri Terhadap Adaptasi Pasien Hemodialisis Berbasis Teori *Modelling Role Modelling* dan *Self Determination*"

Setelah tugas tersebut selesai, diwajibkan untuk menyerahkan 1 (satu) eksemplar dan soft copy dimaksud kepada Sub.Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM RSUD Kota Mataram.

Demikian untuk maklum dan terima kasih.


a.n. Wakil Umum dan Keuangan
Kepala Bagian Umum,
Baiq Ida Dini Hartini, S.Sos. MM
NIP. 197401012000032007

Tembusan :

1. Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan RSUD Kota Mataram;
2. Penanggung Jawab Hemodialisa RSUD Kota Mataram;
3. PIt. Kasubbag. Rekam Medis dan SIM-RS RSUD Kota Mataram;
4. Kepala Instalasi Rekam Medis dan SIM-RS RSUD Kota Mataram;
5. Arsip.

Lampiran 8 Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian

	KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI	
	UNIVERSITAS AIRLANGGA	
	FAKULTAS KEPERAWATAN	
	Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752 Website: http://www.ners.unair.ac.id e-mail : dekan_ners@fkip.unair.ac.id	
<hr/>		
Nomor	: 127- /UN3.1.13/PPd/S2/2018	21 Mei 2018
Lampiran	: 1 (Satu) berkas	
Perihal	: Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair	
<hr/>		
Kepada Yth. Direktur RSUP Mataram Nusa Tenggara Barat		
<p>Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengunpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.</p>		
Nama	: Nurul Bariyyah, S.Kep., Ns.	
NIM	: 131614153094	
Judul Proposal	: Model Perawatan Diri terhadap Adaptasi Pasien Hemodialisis Berbasis Teori <i>Modelling Role Modelling</i> dan <i>Self Determination</i>	
Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.		
<p style="text-align: right;">a.n Dekan, Wakil Dekan I</p> <div style="text-align: center;">  Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. NIP. 196808291989031002</div>		

Lampiran 9 Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 Jalan Prabu Rangkasari Dasan Cermen Telepon (0370) 7502424 Mataram
 Kode Post : 83232 email : rsud@ntbprov.go.id Webdite : rsud.ntbprov.go.id



Mataram, 07 Juni 2018

Nomer : 070 / 455 / RSUDP/2018
 Lampiran : -
 Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth :
 Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan
 Universitas Airlangga
 di - Surabaya

Bismillahirrahmaanirrahiim.
Assalaamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Sehubungan dengan Surat Saudara Nomor : 222 / UN3.1.13 / PPd / S2 / 2018, Tanggal 21 Mei 2018, Perihal Permohonan Izin Penelitian, dengan ini kami sampaikan bahwa :

Nama : Nurul Bariyyah, S. Kep., Ns.
 NPM : 131614153094
 Judul : Model Perawatan Diri Terhadap Adaptasi Pasien Hemodialisis Berbasis Teori Modelling Role Modelling Dan Self Determination
 Lokasi : Di RSUD Provinsi NTB

Pada prinsipnya dapat diberikan izin sepanjang memenuhi ketentuan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat
 Demikian untuk maklum, atas perhatiannya disampaikan terima kasih .

Wassalaamu'alaikum warahmatullaahi wabarakaatuh

An. DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROV. NTB
 Wakil Pendidikan dan Penelitian
 RSUD Provinsi NTB


dr. H. Agus Pracoyo
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19610814198903 1 005

Tembusan disampaikan Kepada Yth :

1. Koordinator Hemodialisa RSUD Prov. NTB
2. Mahasiswa yang bersangkutan
3. Arsip